.......................................................................... ................................................

imię i nazwisko rodzica miejscowość i data

………………………………………………………….

.........................................................................

Adres zamieszkania

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej

(wypełnia rodzic)

Oświadczam, że syn/córka\* .............................................................................

uczeń/ uczennica\* klasy ................................ nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 20............/20.............. .

......................................................

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..………………………………………………

ucznia/uczennicy\* klasy .………………………………. Szkoły Podstawowej nr 4 w Łodzi z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej lub ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\* poza terenem szkoły w tym czasie.

……………..………………………….

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*- niepotrzebne skreślić

**Uwaga!** Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny.