................................................ Łask, dn. …………........... r.

imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

................................................   
adres zamieszkania

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

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach

edukacji zdrowotnej

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka\* ........................................................................... uczeń/ uczennica\* klasy ................................ nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej od roku szkolnego 20....../20...... .

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

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..…………………… ucznia/uczennicy\* klasy .………………….. Szkoły Podstawowej nr 1 im. Tadeusza Kościuszki w Łasku z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/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 jest ważna na cały okres nauki w szkole. W przypadku odstąpienia rodzica od rezygnacji należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.