Świdnica, dnia…………………………

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że mój syn\*/ moja córka\* …………………………………………………  
 (imię i nazwisko ucznia/ uczennicy)

z klasy ……………….. w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczęszczać na

zajęcia edukacji zdrowotnej.

……………………………………………  
 podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Świdnica, dnia…………………………

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej

Oświadczam, że mój syn\*/ moja córka\* …………………………………………………  
 (imię i nazwisko ucznia/ uczennicy)

z klasy ……………….. w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczęszczać na

zajęcia edukacji zdrowotnej.

……………………………………………  
 podpis rodzica (opiekuna prawnego)