

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)