

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

### **Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w zajęciach edukacji zdrowotnej**

Oświadczam, że syn/córka\* .....,  
uczeń/uczenica\* klasy ..... w Szkole Podstawowej nr 19 im. Wandy  
Chotomskiej w Łodzi, nie będzie uczęszczał/a na zajęcia edukacji zdrowotnej od roku  
szkolnego .....

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

W związku z rezygnacją 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 za bezpieczeństwo syna/córki\* poza  
terenem szkoły w tym czasie.

.....  
(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić

### **Uwaga!**

Deklaracja jest ważna przez cały okres nauki w szkole. W przypadku odstąpienia rodzica  
od rezygnacji, należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.