

Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej

.....
(imię i nazwisko rodziców / opiekunów prawnych)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres)

Dyrektor szkoły

.....
(nazwa placówki)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Działając jako rodzic / opiekun prawny małoletniego dziecka, oświadczam, że **nie wyrażam zgody**,
żeby moje dziecko uczestniczyło w prowadzonych przez szkołę lekcjach edukacji zdrowotnej.

.....
(podpis)