........................................................................ ................................. 20 ...............r.

imię i nazwisko rodzica

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

adres zamieszkania

**Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach**

**edukacji zdrowotnej**

(wypełnia rodzic)

Oświadczam, że syn/córka\* ............................................................................. uczeń/ uczennica\*

klasy ................................ nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej

w roku szkolnym 20............/20.............. .

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

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..………………………………………………….

ucznia/uczennicy\* klasy .………………………………. III Liceum Ogólnokształcącego im. Marii Konopnickiej we Włocławku 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 obowiązuje na cały rok szkolny.