........................................................................ Wyrzysk, ........................r.

 imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)  

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

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

adres zamieszkania

**Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach  edukacji zdrowotnej**

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

Oświadczam, że syn/córka\* ...........................................................................  uczeń/ uczennica\* klasy ................................ nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej od roku szkolnego 20............/20.............. .

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

*Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego*

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..……………………… ucznia/uczennicy\* klasy .………………….. Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Wyrzysku 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 jest ważna na cały okres nauki w szkole. W przypadku odstąpienia rodzica od rezygnacji należy złożyć pisemne oświadczenie w tej sprawie.