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

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

 Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..……………………… ucznia/uczennicy\* klasy .………………….. Liceum Ogólnokształcącego nr IX im. Juliusza Słowackiego we Wrocławiu 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

|  |
| --- |
|  |

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

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

 Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..……………………… ucznia/uczennicy\* klasy .………………….. Liceum Ogólnokształcącego nr IX im. Juliusza Słowackiego we Wrocławiu 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