

.....
Imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów

Pruszków,.....

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI (wypełnia rodzic)

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w zajęciach z edukacji zdrowotnej córki/syna*

.....
/imię i nazwisko ucznia/

uczennicy/ucznia* klasySzkoły Podstawowej nr 5 im. Ignacego Jana
Paderewskiego w Pruszkowie w roku szkolnym 20...../20.....

.....
Data i podpis rodziców/prawnych opiekunów

W związku ze zwolnieniem syna/córki*.....
ucznia/uczennicy* klasy Szkoły Podstawowej nr 5 im. Ignacego Jana Paderewskiego
w Pruszkowie 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 rodziców / prawnych opiekunów

*- niepotrzebne skreślić

Uwaga! Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny