

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

*(imię, nazwisko, adres rodzica)*

**Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 11  
im. Jana Pawła II  
ul. Wiśniowa 5  
08-110 Siedlce**

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI  
Z UDZIAŁU DZIECKA W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Oświadczam, iż rezygnuję z udziału mojego dziecka .....

*(imię i nazwisko dziecka)*

ucz. klasy ....., w zajęciach edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 20.... / 20.... .

.....  
*czytelny podpis rodziców*

W związku z rezygnacją z uczęszczania na zajęcia edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie mojego  
dziecka ....., ucz. klasy .....z obowiązku obecności

*(imię i nazwisko dziecka)*

w szkole w czasie w/w zajęć, ponieważ przypadają one na **pierwszą/ostatnią\*** lekcję w planie

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

*(proszę napisać dzień tygodnia i godziny zajęć)*

Jednocześnie **oświadczam**, że zapewniam dziecku opiekę w tym czasie i biorę pełną odpowiedzialność za  
jego bezpieczeństwo.

.....  
*czytelny podpis rodziców*