........................................................ ................................. 2025 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\* ........................................................................... nie będzie uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej   
w roku szkolnym 2025/2026.

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

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..……………………… ucznia/uczennicy\* Szkoły Podstawowej nr 28 im. Generała Leopolda Okulickiego we Wrocławiu z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach.

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