



**Dyrektor
Zespołu Szkół im Marii Curie Skłodowskiej
w Kętrzynie**

**OŚWIADCZENIE UCZNIA PEŁNOLETNIEGO
W SPRAWIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Ja, niżej podpisany/podpisana*
(Imię i nazwisko)

uczeń/uczennica* klasy rezygnuję z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej.

.....
Podpis ucznia pełnoletniego

....., dnia
(Miejscowość)

*Niepotrzebne skreślić



**Dyrektor
Zespołu Szkół im Marii Curie Skłodowskiej
w Kętrzynie**

**OŚWIADCZENIE RODZICA NIEPEŁNOLETNIEGO
W SPRAWIE UCZĘSZCZANIA NA LEKCJE
EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Ja, niżej podpisany/podpisana*
(Imię i nazwisko rodzica)

rezygnuję z uczestnictwa mojej/mojego córki/syna*:

.....
(Imię i nazwisko dziecka, klasa)

w zajęciach edukacji zdrowotnej.

.....
Podpis rodzica ucznia niepełnoletniego

....., dnia
(Miejscowość)

*Niepotrzebne skreślić