



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

**OŚWIADCZENIE RODZICA NIEPEŁNOLETNIEGO
EDUKACJA ZDROWOTNA ZDROWIE SEKSUALNE**

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

rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/mojego syna*:

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

w zajęciach edukacji zdrowotnej zdrowie seksualne.

.....
Podpis rodzica ucznia niepełnoletniego

....., dnia
(Miejscowość)

*Niepotrzebne skreślić