



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

**OŚWIADCZENIE UCZNIA PEŁNOLETNIEGO
EDUKACJA ZDROWOTNA ZDROWIE SEKSUALNE**

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

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

.....
Podpis ucznia pełnoletniego

....., dnia
(Miejscowość)

*Niepotrzebne skreślić