

.....  
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

..... 20..... r.

.....  
(adres zamieszkania)

.....

## **Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w lekcjach edukacji zdrowotnej**

(wypełnia pełnoletni uczeń)

Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana\* .....  
(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)

nie będę uczęszczał/uczęszczała\* na lekcje edukacji zdrowotnej w roku szkolnym  
20...../20..... .

.....  
(Data i podpis pełnoletniego ucznia/uczennicy)

\*- niepotrzebne skreślić

**Uwaga! Deklaracja obowiązuje przez cały rok szkolny.**