

.....
(miejscowość, data)

Pani dr Małgorzata Boryśławska
Dyrektor
Akademickie Liceum Ogólnokształcące
Politechniki Śląskiej

Oświadczam, że mój/moja syn/córka, uczeń/uczennica
klasy w roku szkolnym **nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji
zdrowotnej**

.....
(imię i nazwisko, podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Jednocześnie, w związku z rezygnacją z uczęszczania w zajęciach edukacji zdrowotnej, proszę o
zwalnianie mojego syna/córki z obecności w szkole w czasie w/w zajęć, jeśli przypadają na pierwsze
lub ostatnie lekcje w planie. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym
czasie.

.....
(imię i nazwisko, podpis rodzica/prawnego opiekuna)

Oświadczam, że w roku szkolnym **nie będę uczestniczyć w zajęciach edukacji
zdrowotnej. ****

.....
(imię i nazwisko, podpis ucznia**)

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia uczeń pełnoletni