

Oświadczam, że mój syn/córka\* ....., uczeń/uczennica\*

klasy ....., w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczył/uczestniczyła\* w zajęciach  
Edukacji Zdrowotnej.

\*Niepotrzebne skreślić

.....

(Data i podpis rodzica/opiekuna)

Oświadczam, że mój syn/córka\* ....., uczeń/uczennica\*

klasy ....., w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczył/uczestniczyła\* w zajęciach  
Edukacji Zdrowotnej.

\*Niepotrzebne skreślić

.....

(Data i podpis rodzica/opiekuna)