



Bełżyce, ..... 2025 r.

.....  
imię i nazwisko rodzica (prawnego opiekuna)

.....  
adres zamieszkania

## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w zajęciach z edukacji zdrowotnej córki/syna\*

.....  
/ imię i nazwisko ucznia/

uczennicy/ucznia\* klasy ..... Szkoły Podstawowej nr 1 im. Jana Pawła II w Bełżycach

w roku szkolnym 20...../20.....

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

\*- niepotrzebne skreślić