................................................

................................................

Imię i nazwisko rodziców / prawnych opiekunów

................................................

Miejscowość, data

Dyrektor

................................................

................................................

Nazwa szkoły

**Oświadczenie rodziców**

My, niżej podpisani, oświadczamy, że nasze dziecko ................................................, uczęszczające do klasy .................,

w roku szkolnym 2025/2026, nie będzie brało udziału w zajęciach z przedmiotu Edukacja zdrowotna.

................................................

................................................

Podpisy rodziców / prawnych opiekunów