**Oświadczenie o rezygnacji z uczestnictwa w zajęciach   
„edukacja zdrowotna” w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Łódź, …………………………………………

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)

……………………………………………………….

Adres zamieszkania

……………………………………………………..

……………………………………………………..

                                                                   Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 182

im. Tadeusza Zawadzkiego „Zośki”   
w Łodzi

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/syna .......................................................................................... uczennicy/ucznia\* klasy …………………   
w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym……………………………..

podpis rodzica/opiekuna prawnego

………….………………………………

W związku ze zwolnieniem syna/córki\*………………………………..……………………… ucznia/uczennicy\* klasy .………………….. z zajęć edukacji zdrowotnej, proszę o zwolnienie syna/córki\* z obowiązku obecności na w/w zajęciach w dniach, gdy są one na pierwszej/ostatniej lekcji. Biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo syna/córki\* poza terenem szkoły w tym czasie.

podpis rodzica / opiekuna prawnego

………………………………………………………..

\*- niepotrzebne skreślić

*Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny*