**Deklaracja udziału / rezygnacji z zajęć edukacji zdrowotnej**  
rok szkolny **2025/2026**

Ja, niżej podpisany/a:  
...............................................................................................................  
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

rodzic / opiekun prawny ucznia:  
...............................................................................................................  
(imię i nazwisko dziecka)  
ucznia klasy: .............

**Oświadczam, że:**  
☐ Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026.  
☐ Nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka w zajęciach edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026.

(proszę zaznaczyć tylko jedną kratkę „X”)

**Oświadczam również, że zostałem/am poinformowany/a, iż po rozpoczęciu roku szkolnego nie będzie możliwości rezygnacji z zajęć edukacji zdrowotnej.**

.........................................................  
(miejscowość, data)

.........................................................  
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)