**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)