**OŚWIADCZENIE**

**rodzica (opiekuna prawnego) ucznia niepełnoletniego**

**o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna**

Imię i nazwisko ucznia .....
Klasa .....

Na podstawie **§ 6 ust. 1 i 3** *Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)* **oświadczam**, że mój syn/moja córka* **w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczyć** w zajęciach edukacji zdrowotnej.

……., dn. ……. września 2025 r.

.....
*podpis rodzica (opiekuna prawnego)*

**niepotrzebne skreślić*

**OŚWIADCZENIE**

**ucznia pełnoletniego**

**o rezygnacji z udziału w zajęciach edukacja zdrowotna**

Na podstawie **§ 6 ust. 2 i 3** *Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)* **oświadczam,** że ja niżej podpisany / podpisana* ……..…….. *(imię i nazwisko ucznia pełnoletniego)* uczeń / uczennica* klasy ……. nie będę uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej w roku szkolnym **2025/2026** .

……., dn. …września 2025 r.

…….

*podpis ucznia*

**niepotrzebne skreślić*