

Warszawa, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Dyrektor  
Szkoły Podstawowej nr 340  
ul. Lokajskiego 3  
02-793 Warszawa

**Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”**

Oświadczam, że mój syn/moja córka.....  
uczeń/uczennica klasy ..... nie będzie uczestniczył/nie będzie uczestniczyła w roku  
szkolnym ..... w zajęciach „Edukacja zdrowotna”.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)

W związku ze zwolnieniem syna/córki.....  
z zajęć edukacji zdrowotnej, biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i bezpieczeństwo  
syna/córki poza terenem szkoły w tym czasie.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)