



# Zespół Szkół w Kowalu

ul. Piwna 20 87-820 Kowal, sekretariat@zskowal.pl  
tel. 515 - 821 - 167, 54 284-18-19, www.zskowal.pl



## OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UCZĘSZCZANIA NA LEKCJE EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Imię i nazwisko.....Klasa.....

Oświadczam, że syn/córka\* w roku szkolnym.....nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Data.....  
(podpis rodziców/opiekunów\*)

Oświadczam, że w roku szkolnym.....od dnia.....nie będę uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Data.....  
(podpis ucznia)

### Oświadczenie rodziców

W związku z rezygnacją z uczęszczania na zajęcia edukacji zdrowotnej, proszę o zwalnianie mojego syna/mojej córki\* z obecności w szkole w czasie w/w zajęć jeśli przypadają na pierwsze lub ostatnie lekcje w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie.

Data.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna\*)

.....  
(Data i podpis wychowawcy)



# Zespół Szkół w Kowalu

---

**ul. Piwna 20 87-820 Kowal, sekretariat@zskowal.pl**  
**tel. 515 - 821 - 167, 54 284-18-19, www.zskowal.pl**

