

Pustelnik, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
adres zamieszkania

**Dyrektor
Szkoły Podstawowej im. Armii Krajowej
w Pustelniku**

Rezygnacja z udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna”

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej/go córki/syna
uczennicy/ucznia klasy w zajęciach „edukacja zdrowotna” w roku szkolnym

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/y, iż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji z dnia 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego (Dz. U. z 2025 r., poz. 467 z póź. zm.) oświadczenie takie można złożyć do dnia 25 września danego roku szkolnego i po tym dniu nie można zmienić decyzji.

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna