………………………………………

Miejscowość, data

………………………………………………………………

Imiona i nazwiska rodziców / opiekunów prawnych

………………………………………………………………

Adres zamieszkania

**Dyrektor Szkoły Podstawowej / LO w (...)**

Oświadczamy, że nasz syn/ nasza córka ……………………, uczęszczający(a) do klasy …………………., w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczył(a) w zajęciach edukacji zdrowotnej.

……………………………………..

Podpisy