

Przedmiot „ Edukacja zdrowotna ”

Kędzierzyn – Koźle,

.....
imię i nazwisko rodzica

.....
adres zamieszkania

Dyrektor
Publicznej Szkoły Podstawowej nr 16
im. Jana Pawła II w Kędzierzynie – Koźlu

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój syn / córka klasa
(imię i nazwisko ucznia, klasa)

- ☐ **będzie uczestniczyć w zajęciach** z przedmiotu „Edukacja zdrowotna”*
- ☐ **nie będzie uczestniczyć w zajęciach** z przedmiotu „Edukacja zdrowotna”*

począwszy od dnia

.....
Podpis rodzica

* zaznacz właściwą odpowiedź

Informacja : Oświadczenie należy złożyć **do 25 września** . **Deklaracja obowiązuje przez rok szkolny, w którym złożono dokument.**

Przepisy nie przewidują możliwości wycofania rezygnacji z udziału w zajęciach w trakcie roku szkolnego.