

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI
Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy:.....

Klasa SP / LO*

Na podstawie § 6 ust. 1 i 3 *Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)*

oświadczam, że mój syn/moja córka* w roku szkolnym/.....

nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Łask, dnia

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

**niepotrzebne skreślić*

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI
Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy:.....

Klasa SP / LO*

Na podstawie § 6 ust. 1 i 3 *Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)*

oświadczam, że mój syn/moja córka* w roku szkolnym/.....

nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Łask, dnia

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)

**niepotrzebne skreślić*