

.....
Miejscowość i data

.....
.....
Imię i nazwisko rodziców

Dyrektor

.....
.....
Nazwa placówki

Oświadczenie rodzicielskie

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

.....
.....
Podpisy