

Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”  
w przypadku ucznia niepełnoletniego

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....  
Miejscowość i data

.....  
.....  
Adres

Dyrektor Specjalnego Ośrodka  
Szkolno – Wychowawczego  
dla Niepełnosprawnych Ruchowo  
w Busku –Zdroju

**Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”**

Oświadczam, że moja córka/mój syn .....  
uczennica/uczeń klasy ..... nie będzie uczestniczyć w zajęciach  
„Edukacja zdrowotna” w roku szkolnym .....

*Podstawa prawna: § 6 Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania  
szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka... (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)*

.....  
Data i podpis rodzica/opiekuna