

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

.....
Imię i nazwisko ucznia

.....
Miejscowość i data

.....
.....
Adres

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

Rezygnacja z udziału w zajęciach „Edukacja zdrowotna”

Ja, niżej podpisana/y uczennica/uczeń klasy nie będę
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 ucznia