

.....
miejscowość, data

.....
imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów

.....

.....
adres zamieszkania

Pani Beata Hałas
Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 2
im. Aleksandra Doby w Zalasewie

**REZYGNACJA Z UDZIAŁU
W ZAJĘCIACH EDUKACJA ZDROWOTNA- ZDROWIE SEKSUALNE**

Oświadczam, że moja córka / mój syn*,
(imię i nazwisko)

uczennica/ uczeń klasy w roku szkolnym/..... nie będzie

uczestniczyć w zajęciach „Edukacja zdrowotna - zdrowie seksualne”, obejmujących treści dotyczące wiedzy o życiu seksualnym. Niniejszą rezygnację składam na podstawie § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 17 lipca 2026 r. (Dz. U .z 2026 r. poz. 966). Rezygnacja dotyczy zajęć, o których mowa w § 1 ust. 2 tego rozporządzenia.

*niepotrzebne skreślić

.....
podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów

W związku z rezygnacją z udziału w zajęciach edukacji zdrowotnej- zdrowie seksualne proszę o zwalnianie mojego dziecka z obecności w szkole w czasie ww. zajęć, jeśli przypadają one na pierwszej lub ostatniej godzinie lekcyjnej.

Jednocześnie oświadczam, że w godzinach trwania zajęć biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko.

.....
podpisy obojga rodziców/prawnych opiekunów