

.....
imię i nazwisko rodzica

.....
adres



.....
miejsowość, data

Dyrektor

Publicznej Szkoły Podstawowej nr 5
im. Adama Mickiewicza
w Kędzierzynie-Koźlu

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

Oświadczam, że mój syn/córka *.....
uczeń/uczennica * klasy nie będzie uczęszczał / uczęszczała * na zajęcia z edukacji
zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Edukacji z dnia 7 kwietnia 2025 r. w sprawie ramowych
planów nauczania (Dz.U. 2025, poz. 1234), niniejsze oświadczenie obowiązuje przez cały rok
szkolny i nie podlega wycofaniu.

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna

** niepotrzebne skreślić*