OŚWIADCZENIE RODZICÓW  
O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH EDUKACJA ZDROWOTNA

Imię i nazwisko uczennicy/ucznia

..................................................................................................   
Klasa ....................

Na podstawie § 6 ust. 1 i 3 *Rozporządzenia Ministra Edukacji z 7 kwietnia 2025 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz.U. z 2025 r. poz. 467)* oświadczam, że mój syn/moja córka\* w roku szkolnym 2025/2026 nie będzie uczestniczyć w zajęciach edukacji zdrowotnej.

Jesteśmy świadomi, że:

- rezygnacja obowiązuje przez cały rok szkoły 2025/26;

- decyzja nie może być cofnięta po 25.09.25r.

Wałbrzych, dn. …………….. . 09. 2025 r. … ……………………………………..

(czytelny podpis rodziców)