

Miejscowość Data

**Do Dyrektora
Liceum Ogólnokształcącego
w Konińskim Centrum Edukacyjnym**

Rezygnacja z udziału w zajęciach

edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne

Rok szkolny 2026/2027

Dane ucznia

Imię i nazwisko:

Klasa:

Oświadczenie

Proszę zaznaczyć jedną właściwą opcję.

☐ Jako rodzic / opiekun prawny wskazanego powyżej ucznia zgłaszam rezygnację z jego udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne” w roku szkolnym 2026/2027.

☐ Jako pełnoletni uczeń wskazany powyżej zgłaszam rezygnację z mojego udziału w zajęciach „edukacja zdrowotna – zdrowie seksualne” w roku szkolnym 2026/2027.

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego
albo pełnoletniego ucznia