SP257.4230. .

**Oświadczenie o rezygnacji z udziału w zajęciach „Edukacja Zdrowotna”**

**w przypadku ucznia niepełnoletniego**

Imię i nazwisko rodzica (rodziców)                                                   ……………………………………………

………………………………………………………. Miejscowość i data

……………………………………………………...

Adres zamieszkania

……………………………………………………….

………………………………………………………..

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 257

                Im. Prof. M. Falskiego w Warszawie

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojej córki/ mojego syna**\***

………………………………………………………………………..........................................

uczennicy / ucznia**\*** klasy ……………………….. w zajęciach „Edukacja Zdrowotna” w roku

szkolnym ……………………………..

Rozporządzenie 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) - § 6.

……….……………..…………………

 Podpis rodzica/ rodziców

**\***niepotrzebne skreślić