

Andrychów, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna ucznia)

.....  
(adres zamieszkania)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 4  
im. Mikołaja Kopernika  
w Andrychowie**

**REZYGNACJA Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH  
EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Zgłaszam rezygnację z uczęszczania mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko ucznia)

ucznia/uczenicy\* klasy ..... na zajęcia edukacji zdrowotnej w roku szkolnym 2025/2026.  
Jednocześnie oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za pobyt i  
bezpieczeństwo syna/córki\* poza terenem szkoły w tym czasie.

.....  
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

\* Niepotrzebne skreślić

**Uwaga!** Deklaracja obowiązuje na cały rok szkolny.

**Podstawa prawna:**

*Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 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. 2025 r. poz. 467) - § 6.*