Mundurowe Liceum Ogólnokształcące Zakładu Doskonalenia Zawodowego

DEKLARACJA WOLI UCZESTNICTWA EDUKACJI ZDROWOTNEJ (MODUŁ SEKSUALNOŚCI)

DANE OSOBOWE UCZNIA	
Nazwisko i imię ucznia	
Klasa	
Rok szkolny	
DANE OSOBOWE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO	
Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego	
Adres zamieszkania	

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z udziału mojego dziecka w zajęciach edukacyjnych z edukacji zdrowotnej – nieobowiązkowy moduł zdrowie seksualne. Proszę o uwzględnienie niniejszej rezygnacji przy organizacji zajęć w szkole.

Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego	