…………..………… , dnia …………………

.............................................

(imię i nazwisko)

.............................................

.............................................

(adres zamieszkania)

.............................................

(klasa)

**Szanowna Pani   
Elżbieta Marciniak**

**Dyrektor XXXVIII Liceum Ogólnokształcącego**

**im. Jana Nowaka-Jeziorańskiego w Poznaniu**

**ul. Drzymały 4/6, 60-613 Poznań**

**REZYGNACJA RODZICA Z UCZĘSZCZANIA JEGO DZIECKA**

**NA LEKCJE EDUKACJI ZDROWOTNEJ**

Zgodnie z §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), niniejszym oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa mojego syna/mojej córki:

……………………………………………………………………………,

*(imię i nazwisko dziecka)*

ucznia/uczennicy klasy .................... z zajęć edukacji zdrowotnej.

……………………………………

podpis rodzica/prawnego opiekuna