

Wałdowo Szlacheckie, dnia .....

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

.....

.....  
(adres zamieszkania, nr telefonu)

Dyrektor Szkoły Podstawowej  
w Wałdowie Szlacheckim  
ul. Kochanowskiego 26  
86-302 Wałdowo Szlacheckie

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE REZYGNACJI Z UDZIAŁU W ZAJĘCIACH RELIGII**

Oświadczam, iż moja/mój\* córka/syn\*

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

ur. ...., uczennicy/ucznia\* klasy .....  
(data i miejsce urodzenia)

**nie będzie** uczęszczać na zajęcia religii od dnia .....**1 września 2026r.**.....

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

\* niepotrzebne skreślić