



Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki

ul. Kościelna 12 56-500 Syców

NIP 619 - 10 - 61 - 138

tel./fax 627852241

sekretariat@losycow.pl

www.losycow.pl

Załącznik nr 2

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy:

Rok szkolny 2024/2025

Klasa: medyczna/psychologiczno - pedagogiczna

DEKLARACJA WYBORU JĘZYKA OBCEGO

Deklaruję, że mój syn/moja córka będzie uczył/-a się* jako języka wiodącego:

- języka angielskiego
- języka niemieckiego

*niepotrzebne skreślić

.....

Data i czytelny podpis Matki / Opiekuna prawnego

.....

Data i czytelny podpis Ojca / Opiekuna prawnego

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH RELIGII

Oświadczam, że moja córka/mój syn będzie/nie będzie uczestniczyć w zajęciach religii*

W związku z deklaracją o nieuczestniczeniu w wyżej wymienionych zajęciach, proszę o zwalnianie mojego syna/mojej córki z obecności w szkole w czasie tych lekcji, jeżeli przypadają one na pierwsze lub ostatnie godziny w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie. TAK/NIE*

*niepotrzebne skreślić

W przypadku, gdy rodzic/prawny opiekun nie złoży deklaracji o zwolnieniu dziecka z obecności w szkole podczas pierwszej bądź ostatniej lekcji oraz gdy w/w zajęcia odbywać się będą pomiędzy innymi zajęciami edukacyjnymi, dziecko będzie się znajdowało pod opieką bibliotekarza lub innego nauczyciela.

Uwaga! Rodzic/opiekun prawny ma prawo w dowolnym momencie zmienić decyzję dotyczącą udziału w wyżej wymienionych zajęciach. Zmiana wymaga ponownego wypełnienia i podpisania formularza.

.....

Data i czytelny podpis Matki / Opiekuna prawnego

.....

Data i czytelny podpis Ojca / Opiekuna prawnego



Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki

ul. Kościelna 12 56-500 Syców

NIP 619 - 10 - 61 - 138

tel./fax 627852241

sekretariat@losycow.pl

www.losycow.pl

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH WYCHOWANIA DO ŻYCIA W RODZINIE (WDŻ)

Oświadczam, że moja córka/mój syn będzie/nie będzie uczestniczyć w zajęciach WDŻ*

W związku z deklaracją o nie uczestniczeniu w wyżej wymienionych zajęciach, proszę o zwalnianie mojego syna/mojej córki z obecności w szkole w czasie tych lekcji, jeżeli przypadają one na pierwsze lub ostatnie godziny w planie. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za moje dziecko w tym czasie. TAK/NIE*

*niepotrzebne skreślić

W przypadku, gdy rodzic/prawny opiekun nie złoży deklaracji o zwolnieniu dziecka z obecności w szkole podczas pierwszej bądź ostatniej lekcji oraz gdy w/w zajęcia odbywać się będą pomiędzy innymi zajęciami edukacyjnymi, dziecko będzie się znajdowało pod opieką bibliotekarza lub innego nauczyciela.

Uwaga! Zajęcia nie podlegają ocenie i nie wpływają na promocję do klasy programowo wyższej.

.....
Data i czytelny podpis Matki / Opiekuna prawnego

.....
Data i czytelny podpis Ojca / Opiekuna prawnego