

.....
Miejscowość, data

.....
Nazwisko i imię
rodzica / opiekuna prawnego / ucznia pełnoletniego

Oświadczenie

Rezygnuję z dobrowolnego ubezpieczenia w szkole

Nazwisko i imię ucznia

w roku szkolnym / klasa

.....
Czytelny podpis

rodzica / opiekuna prawnego / ucznia pełnoletniego