Żukowo, .............................................

 /data/

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z DOBROWOLNEGO UBEZPIECZENIA**

**W SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 1 IM. OBROŃCÓW WYBRZEŻA W ŻUKOWIE**

Ja niżej podpisana/y : ………………………………………………………………………………………………………….…

 / Imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego/

oświadczam, że rezygnuję z dobrowolnego ubezpieczenia NNW w Szkole Podstawowej nr 1

im. Obrońców Wybrzeża w Żukowie mojego syna/córki: ………………………………………………………

 /Imię i nazwisko/

ucznia klasy: ……………

…………………………………………………………………..

 /podpis rodzica, opiekuna prawnego/