

.....

( imię i nazwisko rodzica)

Dyrektor ZSP w Żeliszławicach

**Wniosek rodzica o rezygnację z opłacania składki  
na ubezpieczenie od NNW  
w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Żeliszławicach**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że rezygnuję z opłacania grupowego ubezpieczenia NNW  
mojego dziecka.....

( imię i nazwisko)

ucznia/ uczennicy klasy.... w roku szkolnym 2024/2025.

.....

(podpis rodzica)