

Grudziądz, dnia .....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że syn/córka.....

Jest objęty(a) nie jest objęty(a)\* ubezpieczeniem jako członek mojej rodziny.

Powodem braku ubezpieczenia zdrowotnego jest:

.....  
.....

W związku z powyższym proszę o ubezpieczenie mojego syna/córki\*  
ubezpieczeniem zdrowotnym na czas trwania nauki.

\*niepotrzebne skreślić

.....

Podpis rodzica/opiekuna