



miejsowość, data

Dane placówki oświatowo-wychowawczej

Oświadczenie

Imię i nazwisko

Niniejszym potwierdza się, iż uczeń/pracownik*

PESEL

jest objęty ubezpieczeniem od następstw

nieszczęśliwych wypadków w ramach polisy grupowej nr

pieczęć i podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego

*Niepotrzebne skreślić