**家长知情同意书**

我是华南师范大学教育科学学院 级 专业 同学（学号： ）的 （父亲/母亲），本人知晓并同意我的孩子由于

（具体原因）自愿不参加2024年广州市城乡居民医疗保险，并自愿承担一切责任。

学生签名：

家长签名：

2023年 月 日