……………………, dn. …………………

 (miejscowość/place) date

**Oświadczenie rodzica lub opiekuna prawnego**

 Niżej podpisany/a ………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka/ osoby znajdującej się pod moją opieką prawną\*…………………………………………………………………………………. profilaktyczną opieką zdrowotną.

W razie wystąpienia zdarzeń losowych, proszę o bezzwłoczne poinformowanie mnie o zdarzeniu na podany poniżej adres mailowy i numer telefonu:

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

 ………….. ………………………………………………………

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Declaration of a parent / statutory representative**

I, the undersigned,…………………………………………………………………………………… hereby give my

 (name and surname of the parent/statutory representative)

consent for my underage child/ward\* to be covered by health care in Poland.

I made myself familiar with ***Regulations Governing the Functioning of Wrocław University of Science and Technology’s Dormitories*** *( attached to the Rector’s Directive 68/2019 of 24/09/2019)*

If any incidents occur, please inform me without a delay to the following e-mail address and phone number:

………………………………………………………………….

………………………………………………………………….

 ………………………………………………………

(legible signature of the parent/statutory representative)