



Erasmus+



ZAŁĄCZNIK NR 1

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

na wyjazd dziecka w ramach projektu

„Ocalmy od zapomnienia”

program Erasmus+ / Partnerstwa Strategiczne Szkół – Akcja KA229

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....

imię i nazwisko

w wyjeździe do

nazwa miejscowości i kraju

w terminie.....

Przyjmuję do wiadomości, że podczas wyjazdu moje dziecko będzie pod opieką nauczycieli, wyjeżdżających z nim z Polski oraz będzie realizowało program wizyty, ustalony przez kraj goszczący.

Uwagi dotyczące zdrowia dziecka (choroby przewlekłe i przyjmowane leki):

.....

.....

inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się, choroba lokomocyjna itd.):

.....



Erasmus+



.....
alergie (leki, żywność, inne):
.....
.....

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych dziecka:
.....
.....
.....

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Oświadczam, że niniejszy dokument zawiera wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas wyjazdu.

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z założeniami programu **Erasmus+** (www.erasmusplus.org.pl), Regulaminem udziału w projekcie Erasmus+ „Ocalmy od zapomnienia”, w tym również z §7 (Zasady uczestnictwa w mobilnościach).

Wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z działaniami dotyczącymi projektu.

.....

Data

.....

.....

Podpisy rodziców / opiekunów prawnych