

ZAŁĄCZNIK NR 5

Program Erasmus+ - Edukacja szkolna.

Akcja 2 Partnerstwa strategiczne – współpraca szkół na rzecz wymiany dobrych praktyk

Tytuł projektu: "Information Technology For Citizenship and Democracy"

Numer projektu: 2016-1-RO01-KA219-024444_6

Czas trwania projektu: 01.09.2019 – 31.08.2021

ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA
NA WYJAZD ZAGRANICZNYWyrażam zgodę na udział mojego dziecka
(imię i nazwisko)

w wyjeździe zagranicznym (mobilności) do w

terminie

**Przyjmuję do wiadomości, że podczas wyjazdu moje dziecko będzie mieszkało u rodziny ucznia
szkoły goszczącej**.....
(Imię i nazwisko ucznia szkoły goszczącej).....
(wiek).....
(płeć K/M)**oraz realizowało program wizyty, mogący różnić się od programu polskich opiekunów, z którymi
wyjeżdża. Wyrażam zgodę, aby w przytoczonych wyżej sytuacjach moje dziecko pozostawało pod
opieką prawnych opiekunów ucznia goszczącego lub pracowników szkoły goszczącej.*****Przyjmuję do wiadomości, że szkoła zapewni mojemu dziecku na podstawie Regulaminu
rekrutacji uczestników projektu Erasmus+ "Information Technology for Citizenship and
Democracy" § 2. pkt. 8 bezpłatny udział w wymianie międzynarodowej, a otrzymane
wsparcie finansowe przez szkołę zgodne z załącznikiem nr 4 do umowy finansowej
projektu nr 2019-1-PL01-KA101-063008 "Information Technology For Citizenship and
Democracy" w ramach programu Erasmus+ Akcja 2, zgodnie Regulaminem rozliczania
środków finansowych projektu §2 pkt. 5, pozostaje do dyspozycji szkoły celem zapewnienia
wszystkim uczestnikom wymiany wysokiego standardu udziału w wymianie. Stawki
ryczałtowe obejmują koszty podróży i wsparcie indywidualne uczestnika (np. udział w
wycieczkach organizowanych podczas wymian, wizyta w muzeum, itp.).***

Informacja o stanie zdrowia dziecka:

- Choroby przewlekłe i przyjmowane leki



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

.....

.....

- Alergie (leki, żywność, inne)

.....

.....

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych dziecka

.....

.....

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

In case of a threat to my child's life or health, I agree on his/her hospitalization, diagnostic procedures or medical operations.

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

DANE KONTAKTOWE Z RODZICEM/PRAWNYM OPIEKUNEM

Imię i nazwisko rodzica /
prawnego opiekuna

.....

Telefon

.....

Adres e-mail

.....

Adres zamieszkania

.....

Krapkowice,

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna ucznia)

