

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: 2019-1-PT01-KA229-060773_3

Czas trwania projektu: 01.09.2019 – 31.08.2022

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

w wyjeździe zagranicznym (mobilności) do W

terminie r.

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-PT01-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)

