

Załącznik Nr 1

OŚWIADCZENIE

rodziców (prawnych opiekunów) w sprawie zagranicznego wyjazdu dziecka w ramach programu ERASMUS +

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
ur..... w....., nr PESEL: w wyjeździe
dow terminie

Przyjmuję do wiadomości , że podczas wyjazdu moje dziecko będzie mieszkało
u rodziny ucznia szkoły goszczącej
.....

(imię i nazwisko ucznia/wiek) oraz realizowało program wizyty. Jestem świadomy,
że moje dziecko będzie pod opieką prawnych opiekunów ucznia goszczącego
lub pracowników szkoły goszczącej.

Uwagi dotyczące zdrowia dziecka: choroby przewlekłe i przyjmowane leki
.....

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

alergie (leki, żywność, inne)

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

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie danych osobowych i na publikację zdjęć
mojego dziecka na stronie internetowej szkoły i projektu, platformie e-Twinning,
Erasmus+, portalu społecznościowym FACEBOOK i innych platformach,
na potrzeby szkół partnerskich i w lokalnych mediach tylko i wyłącznie na potrzeby

„Treasure in Language”, 2016 - 2018

programu ERASMUS +. Rozumiem również, że zdjęcia, filmy oraz nagrania wideo dotyczące uczniów biorących udział w projekcie mogą być wykorzystywane przez szkoły partnerskie i/lub ich Narodowe Agencje w materiałach promocyjnych.

W razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego 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.

Hiermit erteile ich dem Arzt beziehungsweise dem behandelnden Arzt im Krankenhaus die Erlaubnis, mein Kind im Falle einer lebensbedrohlichen Situation zu operieren, beziehungsweise ärztlich zu versorgen.

Oświadczam, że zapoznałem się ze wszelkimi regulaminami i zasadami uczestnictwa mojego dziecka w projekcie, a niniejszy dokument zawiera wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki i bezpieczeństwa podczas wyjazdu.

Rodzice:

1..... 2.....

Tel:

1..... 2.....

Adres e - mail:

1.....:..... 2.....

.....

Miejscowość, data

.....

podpisy rodziców/prawnych opiekunów/

Załącznik Nr 2

Zgoda

rodziców/ prawnych opiekunów na udział w projekcie

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki.....
w projekcie „Treasure in Language” realizowanym przez Zespół Szkół Nr 3 w Sanoku
w ramach programu Erasmus+.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu Erasmus+ i akceptuję jego
założenia.

.....

Miejscowość, data

.....

podpisy rodziców/prawnych opiekunów

Załącznik Nr 3

Zgoda

rodziców/ prawnych opiekunów dotycząca wizerunku

Wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku oraz danych osobowych mojego syna/córki..... dla celów promocji szkoły i gminy w ramach programu Erasmus+ (Internet, artykuły prasowe, zdjęcia szkolne, maile, rozmowy przez Skype, etc.) w Polsce i za granicą.

.....

Miejscowość, data

.....

podpisy rodziców/prawnych opiekunów

Załącznik Nr 4

Zgoda

rodziców/ prawnych opiekunów na wyjazd zagraniczny – oświadczenie zdrowotne

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka.....
pozwala na realizację programu wymiany międzynarodowej w ramach programu
Erasmus+. Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem
lub hospitalizowaniem dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia, bądź życia mojego
dziecka przez koordynatora lub opiekuna w czasie trwania wymiany.

Inne uwagi o dziecku (alergie, zażywane leki, przewlekłe choroby
itp.....
.....
.....

Miejscowość, data

.....
podpisy rodziców/prawnych opiekunów

Wniosek ucznia o udział w mobilności

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko:

Klasa:

Szkoła

Adres domowy ucznia:

Tel. kontaktowy:

E-mail:

INFORMACJE O PODRÓŻY

Cel podróży: szkolenie wyjazd
do szkoły
partnerskiej

Czy uczestnictwo związane jest z wystąpieniem, wygłoszeniem referatu,
zleconą prezentacją, zleconymi działaniami?

Tak Nie

Przedmiot zleconego działania:

.....
.....

Czy uczestnictwo zwieńczone zostanie wymiernym produktem?

Tak Nie

Efekty działań:

.....

Uwagi
wnioskodawcy
dot. działań
projektowych:

.....
.....

„Treasure in Language”, 2016 - 2018

Uwagi
wnioskodawcy
dot. zdrowia, itp:

.....

.....

CEL PODRÓŻY

Kraj:
Szkoła partnerska:
Adres:
Przybliżony
termin
rozpoczęcia
wizyty

Przybliżony termin
zakończenia wizyty:

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że zaopatrzę się w paszport / dowód osobisty i kartę EKUZ uprawniającą do opieki medycznej w tych krajach. Brak karty EKUZ spowoduje konieczność opłacenia ewentualnego leczenia ze środków własnych.

Miejscowość i data

Podpis wnioskodawcy

Zgoda dyrektora

Miejscowość i data

Podpis osoby kontrolującej

Decyzja (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

- Brak zgody**
- Zgoda na wyjazd z dofinansowaniem**
- Zgoda na wyjazd bez dofinansowania**

Podpisy osób zatwierdzających

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć dyrektora szkoły