**ZAŁĄCZNIK NR 3**





**EERASMUS+**

***„Kompetencje przyszłości- wzmacnianie potencjału młodych obywateli Europy”***

Numer projektu: 2023-1-PL01-KA122-SCH-000144136

Czas trwania projektu: 01.09.2023 r. – 31.08.2024 r.

**ZGODA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA WYJAZD ZAGRANICZNY UCZNIÓW W PROJEKCIE**

Ja, ........................................................................................... wyrażam zgodę na udział

(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

mojego dziecka/podopiecznego………………………………………...………………………,ucznia klasy………. (imię i nazwisko dziecka)

w wyjeździe zagranicznym (mobilności uczniów i kadry w edukacji szkolnej w Programie Erasmus+ w roku 2023 ) do Grecji w terminie………………….

Wyrażam zgodę, aby w moje dziecko pozostawało pod opieką nauczycieli i pracowników szkoły wyjeżdżającej oraz szkoły goszczącej.

**Uwagi dotyczące zdrowia dziecka:**

Choroby przewlekłe i przyjmowane leki …………………………………………………………………………………………………………………………………..………… .

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie meczenie 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

Wągrowiec,……………… ………….. ………….. ………………………………………….

(miejscowość i data) ( czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Rodzic / prawny opiekun**  |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Telefon**  |  |
| **Adres e-mail**  |  |
| **Adres zamieszkania**  |  |
| **Data i czytelny podpis**  |  |