

Zgoda rodziców/prawnych opiekunów na udział w projekcie

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki.....

W projekcie **Staże europejskie drogą do sukcesu zawodowego** realizowanego przez Zespół Szkół Ponadgimnazjalnych nr 22 w Łodzi w ramach programu POWER

Oświadczam, że zapoznałem się z **Regulaminem Projektu** do projektu **STAŻE EUROPEJSKIE DROGĄ DO SUKCESU** o numerze **POWERVET-2016-1-PL01-KA102-023869** w ramach projektu „*Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe** i akceptuję jego założenia.

.....
podpis rodziców/prawnych opiekunów

Zgoda rodziców/prawnych opiekunów dotycząca wizerunku

Wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku oraz danych osobowych mojego

syna/córki..... dla celów promocji szkoły

w ramach projektu **STAŻE EUROPEJSKIE DROGĄ DO SUKCESU** o numerze **POWERVET-2016-1-PL01-KA102-023869** w ramach projektu „*Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**(strona internetowa, artykuły prasowe, zdjęcia szkolne, maile, Facebook , itp.)

.....
podpis rodziców/prawnych opiekunów

Zgoda rodziców/prawnych opiekunów na wyjazd zagraniczny dziecka - oświadczenie zdrowotne

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka.....

pozwala na realizację w ramach projektu **STAŻE EUROPEJSKIE DROGĄ DO SUKCESU** o numerze **POWERVET-2016-1-PL01-KA102-023869** w ramach projektu „*Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**.

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia, bądź życia mojego dziecka opiekuna w czasie trwania wymiany.

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

.....
.....
.....
.....

data:

.....

podpis rodziców/prawnych opiekunów