



Załącznik nr 3

Informacja o uczestniku

Imię i nazwisko uczestnika:.....

Kraj wyjazdu:

Deklaracja opiekuna prawnego:

1. Wyrażam zgodę, aby moje dziecko/podopieczny(a) wziął/wzięła udział w mobilności zagranicznej w ramach projektu nr 2022-2-PL01-KA122-SCH-000101949 „Fundusze Europejskie dla rozwoju społecznego 2021-2027”.
2. Zobowiązuję się do pokrycia poniesionych w ramach projektu kosztów w przypadku rezygnacji mojego dziecka z udziału w projekcie przed jego rozpoczęciem lub w trakcie trwania z przyczyn innych niż losowe tj. np., choroba, ciężka sytuacja rodzinna itp.
3. W dniu wyjazdu moje dziecko będzie posiadało ważny dokument tożsamości pozwalający na podróż do
4. Moje dziecko/podopieczny ma następujące wymagania/potrzeby (jeśli nie, proszę wpisać „nie dotyczy”) :

- Specjalne wymagania żywieniowe:

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

- alergie na leki, proszę je wymienić:

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

- Jeśli Państwa dziecko/ podopieczny wymaga stałego leczenia, proszę o podanie szczegółów:

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

W przypadku chorób przewlekłych prosimy aby dziecko miało ze sobą historię choroby;

- Jeżeli Państwa dziecko/ podopieczny(a) wymaga szczególnej opieki medycznej lub jakiegokolwiek wsparcia, proszę wskazać o jaki rodzaj opieki chodzi (informacja ta nie stanowi podstawy do wykluczenia udziału w projekcie, a jedynie jest elementem mającym na celu zwiększenie bezpieczeństwa):

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



- Leki przyjmowane na stałe przez dziecko (proszę o wypisanie wszystkich przyjmowanych leków wraz z dawkowaniem):

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

5. Wyrażam zgodę, aby by moje dziecko/podopieczny(a) został(a) odesłana/y do domu w następujących okolicznościach:

A. Naruszenia regulaminu odbywania praktyk w danym kraju;

B. Jeśli jego/jej zachowanie uważane będzie za nieodpowiednie lub obraźliwe dla pozostałych uczestników, lub będzie zagrażało innym, lub uszkodzony zostanie jakiegokolwiek majątek;

C. Jeśli nastąpi taka konieczność z powodów medycznych;

W przypadku punktów A i B przyjmuję pełną odpowiedzialność i zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów;

6. Zobowiązuję się poinformować organizatorów projektu o wszelkich nowych okolicznościach dotyczących zdrowia, jakie wystąpią pomiędzy podpisaniem poniższego oświadczenia a jego rozpoczęciem;

7. Zgadzam się by moje dziecko/podopieczny(a) w następstwie wypadku, choroby lub sytuacji wymagającej leczenia otrzymał leki zgodne z zaleceniami lekarza, mógł być poddany zabiegom dentystycznym, chirurgicznym, a także mógł otrzymać leki znieczulające, lub było poddane zabiegowi transfuzji krwi i innym zabiegom niezbędnym do ratowania życia;

8. Dane kontaktowe w przypadku sytuacji kryzysowej:

Imię i nazwisko:
Relacja z uczestnikiem:
Tel. domowy:
Tel. do pracy :
Tel. komórkowy:

Alternatywne dane kontaktowe (gdymy nie można było się skontaktować z rodzicem/opiekunem):

Imię i nazwisko:
Relacja z uczestnikiem:
Tel. domowy:
Tel. do pracy :
Tel. komórkowy:

9. Oświadczam iż ponoszę koszty szkód materialnych wyrządzonych przez dziecko, które nie są objęte ubezpieczeniem;

10. Wyrażam zgodę aby moje dziecko było fotografowane i jego wizerunek został wykorzystany do celów związanych z realizacją i promocją projektu. Prawo do wykorzystania wizerunku nie obejmuje przekazywania praw dalej, ani wykorzystania w celach komercyjnych lub niezwiązanych z realizacją i waloryzacją projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis rodzica/ opiekuna prawnego