



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

Załącznik nr 1



Zgoda rodziców/prawnych opiekunów na udział w projekcie

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w projekcie „School Clubs to Reinforce foreign language teaching and learning” realizowanego przez V Liceum Ogólnokształcące im. Jana Heweliusza w Legnicy ramach programu Erasmus+ realizowanego w okresie od 4 listopada 2024 do 4 lipca 2026 .

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnik projektu jest zobowiązany do udziału przez cały okres trwania projektu. Rozumiem, że projekt wiąże się z wyjazdem zagranicznym do Turcji lub Grecji uczestnika. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem Projektu Erasmus+ 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 i gminy w ramach programu Erasmus+ (strona internetowa, artykuły prasowe, zdjęcia szkolne, maile, rozmowy na platformach online, etc.) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych syna/córki przez V Liceum Ogólnokształcące w Legnicy w zakresie koniecznym do realizacji projektu.

Wyrażam zgodę na publikację zdjęć i filmów mojego dziecka związanych z jego udziałem w projekcie na stronach projektu, szkoły macierzystej i instytucji partnerskich oraz na stronach na których publikacja materiałów projektu jest wymagana przez Agencję Narodową (Selfie+, eTwinning itp.). 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.

.....

podpis rodziców/prawnych opiekunów

Zgoda rodziców/prawnych opiekunów na wyjazd zagraniczny dziecka - 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 kierownika lub opiekuna w czasie trwania wymiany. Inne uwagi o dziecku (alergie, zażywane leki, przewlekłe choroby itp.).....

.....

data:

.....

podpis rodziców/prawnych opiekunów

Projekt **2024-1-PL01-KA210- SCH-000255354** współfinansowany w ramach programu Unii Europejskiej Erasmus+ Edukacja Szkolna.