



Zgoda rodziców

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna / córki
w zagranicznej praktyce w ramach projektu pt.: **"EUROPRAKTYKI – europejskie wyzwania dla nowotarskich uczniów"**,
który jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach programu Kształcenie i Szkolenie Zawodowe (VET) –
Erasmus+

W razie nieuzasadnionej rezygnacji zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów.

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku ciężkiego naruszenia zasad regulaminu, powodującego dyscyplinarne
usunięcie córki/syna z praktyki, zobowiązuję się do jego przywiezienia na własny koszt do domu.

Oświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych*/ewentualnych chorobach przewlekłych, lekach stosowanych
długotrwale, uczuleniach* - proszę wymienić:

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

Oświadczam, iż podane w formularzu informacje są zgodne z prawdą.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis rodziców lub prawnych opiekunów

*Proszę podkreślić właściwe



Zespół Szkół Centrum Kształcenia Rolniczego im. Augustyna Suskiego w Nowym Targu

ul. Kokoszki 71 34-400 Nowy Targ tel./fax **18 266 27 71**

e-mail: zsckr@nowytarg.pl www.zsckr.nowytarg.pl