



Projekt „Ponadnarodowe kooperacje szansą na rozwój zawodowy” o numerze 2020-1-PL01-KA102-079749,  
Przedsięwzięcie realizowane jest przy wsparciu funduszy Unii Europejskiej w ramach Programu Erasmus+,  
Akcia 1 Mobilność Edukacyjna w sektorze Kształcenie i Szkolenia Zawodowe



**Erasmus+**

**WYPEŁNIA PEŁNOLETNI UCZESTNIK MOBILNOŚCI LUB RODZIC/PRAWNY OPIEKUN  
NIEPEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA MOBILNOŚCI**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami*

Nazwisko i imię matki/ prawnego opiekuna:	
Telefon kontaktowy:	
Nazwisko i imię ojca/ prawnego opiekuna:	
Telefon kontaktowy:	
Adres zamieszkania matki/ prawnego opiekuna:	
Adres zamieszkania ojca/ prawnego opiekuna:	

**Informacja o lekach** przyjmowanych przez ucznia oraz uczuleniach i innych wskazaniach zdrowotnych np. choroba lokomocyjna, epilepsja, uczulenia na ukąszenia owadów itp.:  
*(informacja niezbędna, dla zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia uczestnika mobilności)*

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

**Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuję się zaopatrzyć/zaopatrzyć moja córkę/mojego syna ..... uczennicę/ucznia klasy ..... o profilu kształcenia technik..... w wystarczający, na czas mobilności, zapas leków specjalistycznych przyjmowanych przez moje dziecko oraz podstawowych leków ogólnych.**

**Inne informacje o uczniu** istotne do pomyślnego udziału w Projekcie:

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

.....  
*(podpis pełnoletniego uczestnika mobilności  
lub Rodzica/Prawnego Opiekuna niepełnoletniego uczestnika mobilności)*