



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)