Załącznik nr 1

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu o numerze **2023-1-PL01-KA121-VET-000139617**

realizowanego przez Powiatowy Zespół Szkół im. Józefa Wybickiego w Somoninie,

**współfinansowanego przez Unię Europejską**

**Część A –** wypełnia kandydat/ka (wypełnić pismem drukowanym)

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Dane podstawowe kandydata/ki** | |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data (dd/mm/rrrr) i miejsce urodzenia |  |
| Adres zamieszkania  *(ulica, kod pocztowy, miejscowość)* |  |
| Nr dowodu osobistego/paszportu – rodzaj dokumentu |  |
| Data wydania dokumentu tożsamości |  |
| Termin ważności dokumentu tożsamości |  |
| Telefon kontaktowy – ucznia |  |
| Email ucznia |  |
| Telefon kontaktowy do prawnego opiekuna/ informacja o opiekunie (matka/ojciec itp.) |  |
| **Informacje o kandydacie/tce** | |
| Kształcony zawód |  |
| Klasa *(I/II/III/IV/V a/b/c)* |  |
| Udział w stażu zagranicznym u poprzednich latach (TAK/NIE) |  |
| Termin wykluczający udział w stażu |  |

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów realizacji projektu.***

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

data i podpis kandydata/ki

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego dziecka w jakimkolwiek działaniu typu mobilność.

…………………………………...........................................................……….

data i podpis rodzica/prawnego opiekuna ucznia niepełnoletniego

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Dane o stanie zdrowia ucznia – kandydata/ki na staż zagraniczny** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Przebyte choroby: |  |
| Jestem chory na/ problemy zdrowotne: |  |
| Przyjmowane leki (jakie?) |  |
| Uczulenia, w tym na leki (jakie?) |  |
| Diety (jakie?) |  |

**Mam/nie mam1 przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w stażu.**

**Wyrażam zgodę** na wyjazd **syna/córki**1 na staż zagraniczny.

Jednocześnie zobowiązuję się pokryć koszty zniszczeń, wyrządzonych przez dziecko, w przypadku zaistnienia takiej sytuacji.

Wyrażam zgodę na podejmowanie przez opiekuna stażu decyzji w sprawie leczenia, hospitalizacji i zabiegów operacyjnych, w przypadku: zagrożenia zdrowia lub życia dziecka[[1]](#footnote-1)/zagrożenia mojego[[2]](#footnote-2) zdrowia lub życia.

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

*(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna) (podpis ucznia)*

**Deklaracja uczestnictwa w zajęciach przygotowujących do wyjazdu**

Deklaruję udział w zajęciach i spotkaniach przygotowujących do wyjazdu (przygotowanie językowe, kulturowe, pedagogiczne i organizacyjne) w wymiarze co najmniej 90% zajęć/spotkań.

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

*(data i podpis rodzica/prawnego opiekuna) (data i podpis ucznia)*

1. dotyczy rodzica/ prawnego opiekuna [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy ucznia [↑](#footnote-ref-2)