



Zespół Szkół COGITO  
ul. Matejki 5  
41-100 Siemianowice Śl.  
tel./fax 32 22-00-691  
www.zsp-cogito.pl  
e-mail cogito@poczta.onet.eu

## ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ W PROJEKCIE

Wyrażam zgodę na wyjazd mojej córki/ mojego syna

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania ul..... nr domu.....

Kod poczt. .... poczta.....

Miejscowość .....

na staż zagraniczny do Wielkiej Brytanii w ramach programu „*Ponadnarodowa mobilność uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe, realizowanego przez Zespół Szkół COGITO.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem uczestnictwa, kryteriami kwalifikacji uczniów do wyjazdów zagranicznych oraz zasadami uczestnictwa w wyjeździe zagranicznym w ramach tego projektu i akceptuję je.

Oświadczam również, że spełniam warunki uczestnictwa i:

- 1) Wyrażam zgodę , aby mój syn / moja córka reprezentował/a szkołę podczas wyjazdów zagranicznych, jak i podczas działań lokalnych.
- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Oświadczam, że w przypadku rezygnacji mojego dziecka z wyjazdu, pokrywam/pokrywamy koszty wynikające z tej rezygnacji (zmiana nazwiska na bilecie lotniczym, odwołanie rezerwacji itp.).

.....  
podpis rodziców/prawnych opiekunów



## ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW DOTYCZĄCA WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku oraz danych osobowych mojego syna/córki..... dla celów promocji szkoły (strona internetowa, artykuły prasowe, zdjęcia szkolne, maile, Facebook , itp.) w ramach programu „*Ponadnarodowa mobilność uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe.**

.....  
podpis rodziców/prawnych opiekunów

## ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA

Oświadczam, że stan zdrowia mojego syna/ córki ..... pozwala na udział programie „*Ponadnarodowa mobilność uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe.**

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia, bądź życia przez opiekuna w czasie trwania mobilności.

Inne uwagi o dziecku (alergie, zażywane leki, przewlekłe choroby, itp)

.....  
podpis rodziców/prawnych opiekunów

## ZGODA UCZESTNIKA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH I WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i upowszechnianie mojego wizerunku dla celów promocji szkoły (strona internetowa, artykuły prasowe, zdjęcia szkolne, maile, Facebook , itp.) w ramach programu „*Ponadnarodowa mobilność uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe.**

.....  
podpis uczestnika