

 Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Podanie danych jest dobrowolne i stanowi zgodę na ich przetwarzanie w rozumieniu art.6 ust.1 lit. a) oraz art. 9 ust.2 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 s 1) - RODO

Zgodnie z Art. 155. Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe:

W celu zapewnienia dziecku podczas pobytu w publicznym przedszkolu, oddziale przedszkolnym w publicznej szkole podstawowej, publicznej innej formie wychowania przedszkolnego, publicznej szkole i publicznej placówce, o której mowa w art. 2 zakres systemu oświaty pkt 8, odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych rodzic dziecka przekazuje dyrektorowi przedszkola, szkoły lub placówki uznane przez niego za istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka.

 Informacje rodziców/opiekunów na temat zdrowia uczestnika Projektu

Praktyki zawodowe szansą na podniesienie kwalifikacji zawodowych osób z specjalnymi potrzebami” Nr Projektu: 2024-1-PL01-KA122-VET-00240991 w ramach Akcji 1. Mobilność

osób uczących się i kadry w dziedzinie kształcenia i szkolenia zawodowego - projekty akredytowane (KA121-VET)

Nazwisko i imię ucznia …………………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………………..................

Numer PESEL ………………………………………………………..

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? TAK/NIE

(jakie?)……………………………………………...........................................................................

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

Czy dziecko ma alergię? TAK/NIE

(na co?) …………………………………………………..……………………………………………..

Czy dziecko przyjmuje leki? TAK/NIE

(jakie?)…………………………………………………………………………………………………..

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? TAK/NIE

(jakiej?)…………………………………………………………………………………………………

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

Uwagi rodziców/opiekunów:

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

……………………………………………………………………………………………………………

Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział ucznia w

praktykach za granicą.

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

 /imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

 Data: …………………...

 Podpis rodzica/opiekuna………………................................................