|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D:\BARTO\profe BARTO\admin BDNR\administracja\zespół WESPÓŁ\logo_mini.bmp | **I Społeczne Liceum Ogólnokształcące**  **im. Maharadży Jamsaheba Digvijay Sinhji**  ul. Zawiszy 13 , 01-167 Warszawa  [www.bdnr.pl](http://www.bdnr.pl) | C:\B A R T O\B D N R\Bednarska Międzynarodowa\E S N\dizajny ESN\2021 logo by Jasiek Ciało\ESN designs to share\ESN logo full JPEG.jpg |

Warszawa, ……………………

**ZGODA RODZICA NA UDZIAŁ DZIECKA W INDYWIDUALNYM WYJEŹDZIE   
W RAMACH PROJEKTU WSPÓŁPRACY MIĘDZYNARODOWEJ   
EUROPEAN SCHOOL NETWORK**

Ja ……………………………………………………………… wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ………………………………………………………………   
w wyjeździe indywidualnym koordynowanym przez **I Społeczne Liceum Ogólnokształcące**   
w ramach współpracy ze stowarzyszeniem szkół europejskich **European School Network**.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa szkoły przyjmującej |  |
| Nazwa projektu ESN |  |
| Termin projektu ESN |  |

Oświadczam, że:

- Ja i moje dziecko zapoznaliśmy się z *Regulaminem ESN* oraz *Regulaminem Bednarskiej Międzynarodowej*, dostępnymi na stronie internetowej I Społecznego Liceum Ogólnokształcącego oraz że zobowiązujemy się do przestrzegania go.  
- Zapewnię mojemu dziecku ubezpieczenie turystyczne oraz kartę EKUZ na czas zagranicznego pobytu w szkole partnerskiej.  
- Załączam do Karty wyjazdu ESN szczegółową informację nt. podróży mojego dziecka wraz z niniejszą zgodą (kopie biletów lotniczych / kolejowych / autobusowych).  
- Dopilnuję, by moje dziecko poinformowało wychowawc(zyni)ę i nauczyciel(k)i o nieobecności w danym terminie z danego powodu, co wiąże się z odpowiednim rozłożeniem obowiązków szkolnych na czas przed wyjazdem i po powrocie.

Ponadto oświadczam, że:

- Jeśli dotyczy, przekażę niezbędne dokumenty nt. stanu zdrowia mojego dziecka szkole wysyłającej oraz szkole przyjmującej w przygotowanym osobiście *Oświadczeniu o stanie zdrowia*.  
- Zgadzam się, aby moje dziecko w czasie pobytu zagranicą było pod nadzorem koordynatora / koordynatorki ESN w szkole partnerskiej oraz rodziny goszczącej. Upoważniam go / ją do opieki i reprezentowania mojego dziecka w sytuacjach formalnych mogących zaistnieć w państwie przyjmującym np. pozwolenia na uczestnictwo w zajęciach, wydarzeniach lub programach organizowanych przez szkołę w trakcie projektu.  
- Zgadzam się na dochowanie poufności wszelkich danych osobowych dotyczących rodziny goszczącej.   
- Rozumiem, że zdjęcia, filmy oraz nagrania wideo dotyczące obecnych i byłych uczniów / uczennic biorących udział w projektach European School Network mogą być wykorzystywane przez szkoły partnerskie w materiałach promocyjnych.

Przyjmuję też do wiadomości, iż w przypadku złamania zasad wynikających z *Regulaminu ESN* oraz *Regulaminu Bednarskiej Międzynarodowej* może wystąpić konieczność odesłania mojego dziecka do domu przed końcem planowanego pobytu ze szkoły przyjmującej z powrotem do Polski na koszt własny.

…………………………… ………………………. ..…………………..

podpis rodzica / opiekuna podpis wychowawcy podpis dyrektora I SLO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SZKOŁA WYSYŁAJĄCA nauczycielskie osoby kontaktowe | | |
| Imię i nazwisko | Bartłomiej Pielak | Paula Sambierska |
| Nr komórkowy | +48 501 550 616 | +48 691 353 740 |
| SZKOŁA PRZYJMUJĄCA nauczycielska osoba kontaktowa | | |
| Imię i nazwisko |  | |
| Nr komórkowy |  | |
| UCZESTNIK / UCZESTNICZKA I RODZIC  dane kontaktowe | | |
| Pełne imię i nazwisko licealisty / licealistki oraz Jego / Jej nr kontaktowy |  | |
| Jego / Jej rodzic  oraz nr kontaktowy |  | |