



Zgoda rodziców / opiekunów uczestnika Projektu na leczenie, badania ambulatoryjne oraz podawanie leków w razie konieczności podczas pobytu na mobilność w Hiszpanii

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/ej):
ur....., zam..... biorącej / biorącego udział
w Projekcie nr:2024-1-PL01-KA121-SCH-000211118 w ramach Programu Erasmus Plus,
sektor: Edukacja szkolna wyrażam zgodę :

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na zabiegi diagnostyczne, zabiegi chirurgiczne i operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę,
- na konsultację psychiatryczną i psychologiczną,
- na leczenie stomatologiczne,
- na podawanie przez opiekunów z ramienia szkoły leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka za granicą.

.....
/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

.....
/adres/

.....
/telefon/

.....
data podpis rodziców / opiekunów