

**Zgoda rodziców / opiekunów uczestnika Projektu  
na leczenie, badania ambulatoryjne oraz podawanie leków  
podczas pobytu na stażu w Portugalii**

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego, psychicznego lub zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/ej):

.....

ur....., zam.....

biorącej / biorącego udział w Projekcie „Mobilność-Edukacja-Sukces” wniosek numer: 2022-1-PL01-KA121-VET-000057827 realizowanego ramach Akredytacji Erasmusa w sektorze Kształcenia i szkoleń zawodowych, Edukacji szkolnej i Edukacji dorosłych Akcja 1 „Mobilność edukacyjna” w Portugalii wyrażam zgodę :

1. na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
2. na zabiegi diagnostyczne, zabiegi chirurgiczne i operacyjne, znieczulenie miejscowe, narkozę,
3. na konsultację psychiatryczną i psychologiczną,
4. na leczenie stomatologiczne,
5. 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 w Portugalii.

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

.....  
/adres/

.....  
/telefon/

.....  
data podpis rodziców / opiekunów