



Nazwa szkoły

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo mego dziecka
imię i nazwisko.....

PESEL.....

w zajęciach z wyrównawczych/dodatkowych/warsztatach*:

- | | |
|--|---|
| ☐ ECDL-poziom podstawowy, | ☐ fizyki |
| ☐ ECDL-poziom zaawansowany, | ☐ biologii |
| ☐ grafiki komputerowej, | ☐ chemii |
| ☐ wykorzystania pakietu InsERT, | ☐ geografii |
| ☐ matematyki | ☐ przedsiębiorczości |
| ☐ języka polskiego | ☐ koła zainteresowań** |
| ☐ języka angielskiego | ☐ zajęciach sportowych** |
| ☐ języka rosyjskiego | ☐ innych**..... |
| ☐ języka niemieckiego | ☐ orientacji zawodowej - warsztaty |
| ☐ historii | ☐ edukacyjne wyjazdowe - warsztaty |

w okresie (od – do).....
realizowanych w ramach projektu „Pozalekcyjna Akademia Kompetencji” prowadzonego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 Priorytetu IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach Działania 9.1 Wyrównywanie szans edukacyjnych i zapewnienie wysokiej jakości usług edukacyjnych świadczonych w systemie oświaty Poddziałanie 9.1.2 Wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów z grup o utrudnionym dostępie do edukacji oraz zmniejszenie różnic w jakości usług edukacyjnych współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, który jest realizowany przez Powiat Bialski.

Oświadczam, że stan zdrowia mego dziecka pozwala na udział w wyżej wymienionych zajęciach. Jednocześnie wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji w sprawach dotyczących zdrowia mego dziecka oraz w innych sytuacjach nietypowych przez nauczyciela prowadzącego zajęcia.

Odpowiadam za bezpieczeństwo mego dziecka w drodze do miejsca oraz z miejsca odbywania się zajęć.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis rodzica (innego prawnego opiekuna) *

* należy podkreślić wybrane zajęcia

** należy wpisać nazwę koła zainteresowań lub rodzaj zajęć sportowych lub innych nie wymienionych