**Zgoda rodziców/ opiekunów**

**na wyjazd ucznia na praktyki zawodowe za granicę**

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę na udział mojego syna/ mojej córki (podopiecznego/podopiecznej)

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………

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

biorącego/biorącej udział w Projekcie Erasmus+ o numerze 2024-1-PL01-KA121-VET-000202603 realizowanego w ramach Akredytacji **w sektorze: Kształcenie i szkolenia zawodowe przez: Zespół Szkół Zawodowych im. prof. Jerzego Buzka w Węgierskiej Górce**

**Akredytacja nr: 2020-1-PL01-KA120-VET-095307**

na wyjazd do Portugalii (Faro) w celu odbycia praktyk zawodowych w dniach

**od 28 kwietnia 2025 r. do 23 maja 2025 r.**

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

imię i nazwisko rodziców /opiekunów

......................................................................................

adres i telefon kontaktowy

…………………………………………………………………………

data podpis rodziców / opiekunów