PRIJAVA UČENIKA ZA SUDJELOVANJE U ERASMUS+ PROJEKTU „UČIM OD DRUGIH – DIJELIM ZNANJE DRUGIMA“

***Popunjava učenik:***

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razred: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Smjer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj mobitela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kao učenik – sudionik projekta obvezujem se da ću:

* tijekom trajanja mobilnosti poštovati sva pravila koja odrede Medicinska škola Bjelovar i partnerska organizacija te se ophoditi u skladu s pravilima kulture zemlje domaćina
* obavljati sve obveze i zadatke vezane uz projekt
* provoditi dodijeljene zadatke, sudjelovati u pripremama i aktivnom praćenju obveza
* podnijeti izvješće i sudjelovati u vrednovanju projekta
* paziti da imam važeću osobnu iskaznicu i putovnicu i uzeti ih na put
* pribaviti zdravstvenu iskaznicu za inozemno osiguranje (European Health Insurance Card) i ponijeti je na put
* dostojno prezentirati Medicinsku školu, Bjelovar i Republiku Hrvatsku u zemlji domaćinu
* prenijeti drugim učenicima, nastavnicima i široj zajednici svoja iskustva o boravku u drugoj zemlji
* redovito provjeravati e-mail i web stranicu škole radi pravovremenih obavijesti
* pridržavati se svih važećih propisa vezanih uz Covid-19 pandemiju

Potpis učenika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Popunjava roditelj/ zakonski zastupnik/skrbnik:***

Suglasan sam da moje dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sudjeluje u svim aktivnostima Erasmus + projekta „Učim od drugih – dijelim znanje drugima“ tijekom školskih godina 2022./23. i 2023./24. ( pripremne aktivnosti, mobilnost i aktivnosti diseminacije projekta)

Suglasan sam vratiti primljena novčana sredstva za putovanje ukoliko moje dijete/učenik iz bilo kojeg razloga ne ode na planirano putovanje.

Ime i prezime roditelja/zakonskog zastupnika/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Broj mobitela roditelja/zakonskog zastupnika/ skrbnika : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail adresa roditalja/ zakonskog zastupnika/ skrbnik: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potpis roditelja/zakonskog zastupnika/ skrbnika:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_