

ZGODA NA UDZIAŁ UCZNIĄ W ZAJĘCIACH PROFILAKTYCZNO-WYCHOWAWCZYCH¹

Nazwa projektu	„BEZ – bezpiecznie, bez wspomagaczy, bez agresji i nudy”
Rodzaj zajęć	<input type="checkbox"/> I grupa: arteterapia/ruch rozwijający./ tanie i rekreacja/ trening twórczego myślenia <input type="checkbox"/> II grupa: „BEZ - teatr profilaktyczny” <input type="checkbox"/> III grupa: BEZ - podróż po świecie oczami wyobraźni i wizualizacji” (wyłącznie dla klasy 4a)
Realizator	I grupa: Iwona Uba, Urszula Łuszcz II grupa: Joanna Kozłowska, Aleksandra Andruszkiewicz III grupa: Barbara Skulska, Justyna Galant
Termin zajęć	<p>Zajęcia będą odbywały się jeden raz w tygodniu:</p> <p>dzień tygodnia : godzina.....</p> <p>Czas trwania zajęć: od II do VI 2019r. O zakończeniu projektu poinformujemy rodziców przez dziennik GPE. Projekt będzie kontynuowany od IX-XII 2019 r. Będą obowiązywały nowe zgody na uczestnictwo w zajęciach.</p>
Koordynator projektu	dyrektor szkoły Krystyna Baryś tel. 507793542 – telefon wyłącznie do rozmów telefonicznych <i>(bez możliwości odpowiedzi na sms i odsłuchania nagranej wiadomości)</i>
Miejsce realizacji	Szkoła Podstawowa nr 69 w Gdańsku, sala nr W miarę możliwości, zajęcia będą odbywały się także na terenie różnych instytucji i miejscach kultury w Gdańsku. O zmianie miejsca realizacji, rodzice będą informowani na bieżąco przez realizatora zajęć.
Podwieczorek w czasie realizowanych zajęć	<p>Podczas zajęć dzieci będą otrzymywały podwieczorek (w miarę możliwości organizacyjnych). Prosimy o zaznaczenie zgody, czy wyrażacie Państwo zgodę na korzystanie dziecka z podwieczorków:</p> <p><input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na podwieczorki <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na podwieczorki</p> <p>Przeciwskazania żywieniowe:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Przeciwskazania zdrowotne	

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka klasa

Data i podpis rodzica

¹ Prosimy o zaznaczenie krzyżykiem właściwej odpowiedzi!

Druk wypełniony niekompletnie powoduje, że uczeń nie zostanie zakwalifikowany na zajęcia.