



Współfinansowane
przez Unię Europejską

ZAŁĄCZNIK NR 2

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ LEKARSKICH DO UDZIAŁU W PRAKTYCE / STAŻU ZAGRANICZNYM REALIZOWANYM W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+

NUMER WNIOSKU BUDŻETOWEGO

2023-1-PL01-KA122-VET-
000149837

- Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody** uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 4-tygodniowej, zagranicznej praktyce zawodowej realizowanej w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Malaga*) w dniach od 18.11.2023 do 16.12.2023
- Oświadczam, iż syn/córka nie ma medycznych przeciwwskazań do podróżowania samolotem

Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Choroby przewlekłe ucznia:

-
-

Leczenia, które uczeń regularnie zażywa:

-
-

Informacja o uczuleniach i/lub alergiach oraz preferencjach żywieniowych (celem ewentualnego indywidualnego dostosowania żywienia):

-
-

Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna