



Współfinansowane
przez Unię Europejską

ZAŁĄCZNIK NR 2

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

NUMER WNIOSKU BUDŻETOWEGO

2023-1-PL01-KA122-VET-000127784

- Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody** uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 2-tygodniowym, zagranicznym stażu/praktyce zawodowej realizowanej w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Malaga*) w dniach od 10.02.2024 r. do 24.02.2024 r. lub Portugalii (Setubal) w dniach od 2.03.2024 r. do 16.03.2024 r.
- Oświadczam, iż syn/córka nie ma medycznych przeciwwskazań do podróżowania samolotem.

Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Choroby przewlekłe ucznia:

-
-

Lekarstwa, 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