**Załącznik Nr 2**

**oświadczenie o braku przeciwwskazań lekarskich  
do udziału w projekcie zagranicznym**

**realizowanym w ramach programu erasmus+**

|  |
| --- |
| **numer wniosku budżetowego** |
| 2023-1-PL01-KA122-SCH-000128416 |

* Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody** uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 5-dniowym (+2 dni na podróż – łącznie 7 dni) zagranicznym projekcie realizowanym w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Sevilla*) w maju 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 uczulaniach i/lub alergiach oraz preferencjach żywieniowych (celem ewentualnego indywidualnego dostosowania wyżywienia):

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

*Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*