



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:

- 
- 

Leczenie, 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*