**Załącznik Nr 1**

**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 mój udział
w 5-dniowym (+2 dni na podróż – łącznie 7 dni) zagranicznym projekcie realizowanym
w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (*Malaga*) w lipcu/sierpniu 2024 r.
* Oświadczam, iż nie posiadam medycznych przeciwwskazań do podróżowania samolotem.

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

 *Data i podpis nauczyciela*

Choroby przewlekłe:

*
*

Lekarstwa, które regularnie zażywam:

*

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

*
*

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

 *Data i podpis nauczyciela*