



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

-
-

Data i podpis nauczyciela