**Załącznik Nr 2**

**oświadczenie o braku przeciwwskazań lekarskich
do udziału w praktyce / stażu zagranicznym**

**realizowanym w ramach akredytacji programu erasmus+**

|  |  |
| --- | --- |
| **numer akredytacji** | **numer wniosku budżetowego** |
| 2020-1-PL01-KA120-VET-096408 | 2022-1-PL01-KA121-VET-000067514 |

* Oświadczam, iż **nie istnieją medyczne przeszkody** uniemożliwiające udział mojego syna/córki w 3-tygodniowym, zagranicznym stażu/praktyce zawodowej realizowanej
w ramach programu Erasmus+ w Hiszpanii (Malaga) w dniach 5 marca 2023r. – 25 marca 2023r.
* Oświadczam, iż syn/córka nie ma przeciwwskazań do podróżowania samolotem;

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

*Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Choroby przewlekłe ucznia:

*
*

Lekarstwa, które uczeń zażywa:

*
*

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

*
*

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

 *Data i podpis rodzica lub prawnego opiekuna*