załącznik 2 do „Regulaminu rekrutacji”

OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE
(DLA PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA)

Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na realizację programu praktyki zagranicznej pn. **„DOBRY REZULTAT, TRWAŁE ODDZIAŁYWANIE”** nr: **2020-1-PL01-KA102-078231** w ramach programu *„Międzynarodowa mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego*" realizowanego ze środków PO WER.

Uwagi dotyczące zdrowia (choroby przewlekłe i przyjmowane leki):

……

……

Inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się, choroba lokomocyjna itd.):

……

……

Alergie (leki, żywność, inne):

……

……

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych:

……

……

…….. ……

Data Podpis uczestnika