**OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ LEKARSKICH**

* Oświadczam, iż chcę uczestniczyć w 2-tygodniowym, zagranicznym stażu zawodowym realizowanym w ramach projektu „**Paszport do europejskiego sukcesu zawodowego”**, który odbędzie się w Hiszpanii  
  w dniach ……………………………….;
* Oświadczam, iż mogę podróżować samolotem/autokarem i nie mam przeciwwskazań lekarskich do pracy w firmie/instytucji na stanowisku ……………………………………………………………………………………………………………………….

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

*Podpis ucznia i opiekunów*

Wyrażam zgodę na wyjazd syna/córki………………………………………………………. do Hiszpanii w celu odbycia 2-tygodniowego stażu zawodowego w ramach projektu „**Paszport do europejskiego sukcesu zawodowego”** oraz udział we wszystkich zaplanowanych w ramach stażu aktywnościach.

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

*Podpis rodzica lub prawnego opiekuna*

Choroby przewlekłe ucznia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Lekarstwa, które uczeń zażywa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

*Podpis rodzica lub prawnego opiekuna*