

OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ LEKARSKICH

- Oświadczam, iż chciałabym uczestniczyć w 2 tygodniowej zagranicznej mobilności w ramach projektu „**FOCUS na podniesienie kompetencji uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zagórowie**”, który realizowany jest z programu ERASMUS +, Edukacja szkolna – akcja 1 „Mobilność uczniów”

- Oświadczam, iż **mogę podróżować samolotem i nie mam przeciwwskazań lekarskich**

- **Choroby przewlekłe ucznia (proszę wpisać):**

- Oświadczam, że nie zataiłam/zataiłem żadnych ukrytych chorób. Nieprawdziwe dane skutkować będą skreśleniem ucznia z listy uczestników.

- **Lekarstwa, które uczeń zażywa:**

- Mam świadomość, że w razie nieuzasadnionej rezygnacji zobowiązuję się do pokrycia związanych z tym kosztów.
- Zgadzam się na wyjazd syna/córki do Grecji w celu odbycia mobilności zagranicznej w ramach projektu „**FOCUS na podniesienie kompetencji uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zagórowie**”.

Podpis ucznia

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Projekt „**FOCUS na podniesienie kompetencji uczniów Liceum Ogólnokształcącego w Zagórowie**”



Współfinansowane przez
Unię Europejską