

## OŚWIADCZENIE O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ LEKARSKICH

- Oświadczam, iż chciałabym uczestniczyć w 4 tygodniowej zagranicznej praktyce zawodowej w ramach projektu „**Podniesienie kompetencji zawodowych uczniów technikum na praktykach**”, który realizowany jest z programu ERASMUS +, Kształcenie i szkolenie zawodowe – akcja 1 „Mobilność uczniów”
- Oświadczam, iż **mogę podróżować samolotem i nie mam przeciwwskazań lekarskich** do pracy w firmie na stanowisku technika teleinformatyka w Grecji.
- **Choroby przewlekłe ucznia (proszę wpisać):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Oświadczam, że nie zataiłam/zataiłem żadnych ukrytych chorób. Nieprawdziwe dane skutkować będą skreśleniem ucznia z listy uczestników.
- **Leczenia, 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 praktyki zawodowej w ramach projektu „**Podniesienie kompetencji zawodowych uczniów technikum na praktykach**”.

\_\_\_\_\_  
Podpis ucznia

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Projekt „**Podniesienie kompetencji zawodowych uczniów technikum na praktykach**”

realizowany jest z programu ERASMUS +,



**Współfinansowane przez  
Unię Europejską**