

**Informacje rodziców/opiekunów na temat zdrowia
uczestnika Projektu**

Nazwisko i imię ucznia

Data urodzenia

Numer PESEL

Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? (jakie?)

.....
.....

Czy dziecko ma alergię? (na co?)

.....

Czy dziecko przyjmuje leki? (jakie?)

.....

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej? (jakiej?)

.....

Uwagi rodziców/opiekunów:

.....

.....

.....

Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział ucznia w praktykach za granicą.

.....

/imię i nazwisko rodziców /opiekunów/

Data:

Podpis rodzica/opiekuna.....

Data

Lekarza rodzinnego.....