****

**Załącznik nr 3 do Regulaminu Naboru**

**Program Erasmus+**

**Sektor: Kształcenie i Szkolenia Zawodowe, Akcja 1, Mobilność Edukacyjna**

**Projekt Erasmus Plus: „Europejska praktyka szansą na sukces zawodowy”**

**Nr Projektu: 2019-1-PL01-KA102-063142**

**Informacje rodziców/opiekunów prawnych na temat zdrowia uczestnika Projektu Erasmus+**

**Imię i nazwisko 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 4-tygodniowych praktykach zawodowych na Malcie.**

…………………………………………..………..............................

/imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych /

data: …………………... podpis rodzica/opiekuna prawnego ………………...............................................

data ……………………. podpis higienistki szkolnej/lekarza………...........................................................