



**OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE
(DLA PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA)**

Oświadczam, że stan mojego zdrowia pozwala na realizację programu praktyki zagranicznej w ramach programu Erasmus+.

Nr projektu: 2023-1-PL01-KA121-VET- 000145357 - Hiszpania

Uwagi dotyczące zdrowia (choroby przewlekłe i przyjmowane leki):

.....
.....
.....

Inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się, choroba lokomocyjna itd.):

.....
.....
.....

Alergie (leki, żywność, inne):

Uwagi dotyczące szczególnych potrzeb żywieniowych:

.....
.....
.....

Data Podpis uczestnika