*Załącznik 2 do „Regulaminu Rekrutacji”*

**OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE**

*(dot. pełnoletniego uczestnika)*

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

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