

BRAK PRZECIWSKAZAŃ LEKARSKICH

- Oświadczam, iż chciałbym/chciałabym uczestniczyć w 2 tygodniowych/ 4 tygodniowych praktykach zawodowych „Stáže zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz szkolenia kadry kształcenia zawodowego” które odbędą się w Niemczech/ Włoszech (niepotrzebne skreślić) w dniach
- Oświadczam, że mogę podróżować autokarem/ samolotem (niepotrzebne skreślić) i nie mam przeciwwskazań do pracy w firmie na stanowisku w Niemczech/ Włoszech.

Podpis ucznia

Zgadzam się na wyjazd córki/syna do Niemiec/ Włoch w celu odbycia praktyk zawodowych w ramach projektu „Stáže zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz szkolenia kadry kształcenia zawodowego”.

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna

Choroby przewlekłe ucznia: _____

Lekarstwa, które uczeń zażywa (*drukowanymi literami-podać sposób dawkowania*):

Podpis rodzica lub prawnego opiekuna