**INFORMACJA LEKARZA O STANIE ZDROWIA**

**………………………………………………………….**

 Imię i nazwisko uczestnika programu

Na podstawie dokumentacji lekarskiej oraz aktualnego badania stwierdza się (rozpoznanie) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stan zdrowia uczestnika *umożliwia/ uniemożliwia\** wyjazd na praktykę zawodową do Włoch w ramach **programu Erasmus+ „Staże zagraniczne przyszłych techników- nowe doświadczenie szansą na sukces zawodowy- nr projektu: 2016-1-PL01-KA102-024639** w terminie od 29 października do 25 listopada 2017 roku.

……………………………., dnia ………………… pieczęć i podpis lekarza rodzinnego

\*podkreślić właściwe



 **OŚWIADCZENIE**

*Wyrażam/ nie wyrażam\** zgodę/y na podejmowanie przez opiekunów decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (imię i nazwisko uczestnika) ………………………………………………………….. w czasie trwania praktyki zawodowej we Włoszech w ramach **programu Erasmus+ „Staże zagraniczne przyszłych techników- nowe doświadczenie szansą na sukces zawodowy- nr projektu: 2016-1-PL01-KA102-024639** w terminie od 29 października do 25 listopada 2017 roku.

Skoczów, dnia ………………….. …………….…………………………..

 czytelny podpis rodzica/ opiekuna

\*podkreślić właściwe