



Współfinansowane przez
Unię Europejską



Erasmus+

FORMULARZ Z ROZMOWY KWALIFIKACYJNEJ NA UDZIAŁ W ZAGRANICZNYCH 3 TYGODNIOWYCH STAŻACH
ZAWODOWYCH W RAMACH PROGRAMU ERASMUS+AKREDYTACJA 2025

IMIĘ I NAZWISKO	
STAN ZDROWIA	a) bardzo dobry b) dobry c) przeciętny d) słaby e) bardzo słaby
ODPRONOŚĆ NA STRES	a) wysoka b) średnia c) niska
CHOROBY PRZEWLEKŁE LUB DOLEGLIWOŚCI	Tak/Nie Jeśli tak, proszę wymienić:
PRZYJMOWANE LEKI	Tak/Nie a) Jeśli tak, proszę wymienić nazwy leków: b) Czy leki zażywane są sporadycznie czy regularnie? W przypadku niektórych leków przy przekroczeniu granicy konieczne jest uzyskanie zaświadczenia lekarskiego upoważniającego do przewozu leków/środków przeciwbólowych. Konieczność zabrania leków na wyjazd należy zgłosić na tym etapie postępowania rekrutacyjnego.
ALERGIE	Tak/Nie Jeśli tak, proszę zaznaczyć opcje, które dotyczą kandydata a) pokarmowa b) wziewna (np. na pyłki, roztocza), c) kontaktowa (np. na metale, kosmetyki), d) na jad owadów (np. pszczoł, os), e) na leki oraz wziewna-kontaktowa (np. odzwierzęca)
DIETA	Tak/Nie Jeśli tak, jaka:

Jestem świadomy, że moje dziecko/podopieczny ubiega się o udział w 3 tygodniowych zawodowych stażach zagranicznych. Staże polegają na odbywaniu bezpłatnej praktyki zawodowej w zagranicznej firmie od 6 do 8 godzin dziennie. Uczestnik projektu jest zobowiązany do samodzielnego poruszania się po mieście danego kraju w celu dotarcia do firmy, w której odbywa staż i powrotu do miejsca zakwaterowania.

Oświadczam, że informacje podane w powyższym formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a, że zatajanie lub podanie nieprawdziwych informacji jest jednoznaczne ze skreśleniem z listy uczestników projektu.

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka/podopiecznego umożliwia udział w stażach zawodowych.

.....
Data i czytelny odpis kandydata

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego