



Współfinansowane przez
Unię Europejską

Załącznik 5

Olsztyn,

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

(imiona i nazwiska Uczestnika)

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

(adres zamieszkania)

Informacja na temat stanu zdrowia

Czy cierpisz na przewlekłe choroby? TAK / NIE

Jeśli tak, na jakie?

Czy przyjmujesz na stałe jakieś leki? TAK / NIE

Jeśli tak, jakie?

Czy posiadasz jakieś alergie? TAK / NIE

Jeśli tak, jakie?

Czy wymagasz specjalnej diety? TAK / NIE

Jeśli tak, jakiej?

Inne uwagi na temat stanu zdrowia:

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

Czytelny podpis Uczestnika

.....

Czytelny podpis rodzica / prawnego opiekuna

.....