

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

....., dn.
Miejsce i data wystawienia

Pieczętka Przychodni Lekarskiej



**ZAŚWIADCZENIE
O DŁUGOTRWALEJ NIEZDOLNOŚCI
DO ZAJĘĆ
Z WYCHOWANIA FIZYCZNEGO**

Zaświadcza się, że Pan/i, student/ka semestru kierunku
....., urodzony/a
zamieszkały/a w nie może uczestniczyć*/
może uczestniczyć w ograniczonym zakresie* w zajęciach z wychowania fizycznego w okresie

Opis schorzenia oraz zaleceń lub przeciwwskazań do wysiłku fizycznego:
.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić