

.....  
(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

## Zaświadczenie lekarskie

Student/Studentka .....  
(imię i nazwisko)

.....  
(wydział i rok studiów)

.....  
(PESEL i numer albumu)

1. Z powodu ograniczeń zdrowotnych wskazany jest udział studenta/studentki w zajęciach;

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> *BRYDŻ   | <input type="checkbox"/> *GIMNASTYKA ZDROWOTNA |
| <input type="checkbox"/> *ĆWICZENIA RELAKSACYJNE                                | <input type="checkbox"/> *PŁYWANIE             |
| <input type="checkbox"/> *YOGA  | <input type="checkbox"/> *NORDIC WALKING       |
| <input type="checkbox"/> *WYCHOWANIE FIZYCZNE DLA OSÓB Z PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI | <input type="checkbox"/> *TENIS STOŁOWY        |

- Wszystkie zajęcia sportowe prowadzone są przez nauczycieli akademickich.
- Zajęcia wychowania fizycznego dla osób z problemami zdrowotnymi oraz ćwiczenia relaksacyjne prowadzone są przez specjalistów rehabilitacji ruchowej.

Ewentualne uwagi lekarza dotyczące ćwiczeń na wybranych zajęciach (ćwiczenia zalecane lub niepożądane):

.....  
.....

Z powodu czasowej niezdolności studenta/studentki do udziału w zajęciach ruchowych proponuję przeniesienie zajęć wychowania fizycznego:

- na następny semestr  
 na następny rok akademicki

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)