

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
Nr identyfikacyjny REGON

### **Zaświadczenie Lekarskie**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażenia na działanie czynników szkodliwych uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, występujących w miejscu odbywania studiów lub w trakcie praktycznej nauki zawodu, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół wyższych, studentów i uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. 2014, poz.1144) orzeka się, że:

.....  
Imię nazwisko

Urodzona/y.....PESEL.....  
(dzień, miesiąc, rok)

Zamieszkała/y.....

Kandydatka na Studia Podyplomowe/Kurs w Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, ul.  
Królowej Jadwigi 27/39.

- 1.) brak przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki na studiach/kursach/szkoleniach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym \*/
- 2.) istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki na studiach/kursach/szkoleniach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego związanego z wysiłkiem fizycznym \*/

\*/właściwe podkreślić

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badania

Miejscowość, dnia.....20..... r.

