

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"/> *PŁYWANIE KOREKCYJNE |
| <input type="checkbox"/> *REHABILITACJA RUCHOWA | <input type="checkbox"/> *PŁYWANIE |
| <input type="checkbox"/> *YOGA | <input type="checkbox"/> *TENIS STOŁOWY |
| <input type="checkbox"/> *ĆWICZENIA RELAKSACYJNE | <input type="checkbox"/> *ĆWICZENIA MODELUJĄCE SYLWETKĘ
Z ELEMENTAMI DIETETYKI |
| <input type="checkbox"/> *SIŁOWNIA KOBIEC | <input type="checkbox"/> *TANIEC TOWARZYSKI |
| <input type="checkbox"/> *SIŁOWNIA MĘŻCZYŹN | |
| <input type="checkbox"/> *NORDIC WALKING, | |
| <input type="checkbox"/> *GIMNASTYKA ZDROWOTNA
(korekcyjna) | |

- Wszystkie zajęcia sportowe prowadzone są przez nauczycieli akademickich.
- Zajęcia rehabilitacji ruchowej i pływania korekcyjnego 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)