

Pieczęć zakładu opieki  
zdrowotnej lub lekarza  
praktykującego indywidualnie

Nr identyfikacyjny REGON

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w trakcie praktycznej nauki zawodu, stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014 r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz. U. z 28 sierpnia 2014 poz.1144 z późniejszymi zmianami): orzeka, że:

.....  
imię i nazwisko

urodzonego dnia .....miesiąca..... roku..... PESEL .....

- kandydata do szkoły wyższej\*,
- studenta szkoły wyższej\*,
- uczestnika w studiach doktoranckich\*.

**Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku ul. K. Górskiego 1, 80-336 Gdańsk  
na kierunku:**

- Wychowanie Fizyczne\*,
- Sport\*,
- Fizjoterapia\*,
- Terapia zajęciowa\*,
- Turystyka i Rekreacja\*.

1. brak przeciwwskazań zdrowotnych do  
- podjęcia /kontynuowania\* studiów w szkole wyższej,  
- uczestniczenia w studiach doktoranckich\*.

2. istnieją przeciwwskazania zdrowotne do  
- podjęcia /kontynuowania\* studiów w szkole wyższej  
- uczestniczenia w studiach doktoranckich\*.

\*/ Właściwe podkreślić

.....  
Pieczęć i podpis lekarza  
przeprowadzającego badanie

....., dnia .....f.

### POUCZENIE

Osoba badana lub placówka dydaktyczna, która nie godzi się z treścią powyższego orzeczenia, może wystąpić w terminie 14 dni od dnia doręczenia zaświadczenia, za pośrednictwem lekarza, który wydał to zaświadczenie do wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy właściwego, ze względu na siedzibę placówki dydaktycznej, z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.