………………………………… …………………………….

 *pieczątka poradni data wystawienia zaświadczenia*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**DLA CENTRUM SPORTU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI**

Ze względu na stan zdrowia Pana/i ……………………………………………………….………..

 *( imię i nazwisko studenta )*

- może uczestniczyć wyłącznie w zajęciach relaksacyjno-oddechowych w ramach wychowania fizycznego organizowanych w Uniwersytecie Medycznym,

- wydana opinia lekarska dotyczy ( prosimy o zaznaczenie jednej z opcji ) :

* + Semestru zimowego ( październik-luty ) w roku akademickim;
	+ Semestru letniego ( luty-czerwiec ) w roku akademickim;
	+ Całego roku akademickiego ……………………..;
	+ Całego okres trwania studiów od dnia ………………………..;

- dodatkowe uwagi/zalecenia …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….….,

………………………………………

*podpis i pieczątka lekarza*