

**OCENA WPŁYWU STANU ZDROWIA NA MOŻLIWOŚCI WYPEŁNIANIA OBOWIĄZKÓW AKADEMICKICH**

Na podstawie badania Pana/Pani ………………………………………………………………………………………....., (imię i nazwisko)

ur. ………………………..…, przeprowadzonego dnia …………………………………………., zaświadczam, że

 (data urodzenia) (data)

jego/jej studiowanie mogą zakłócać następujące czynniki (prosimy wymienić najważniejsze trudności):

1. ........................………………………………………………………………………………………………..……………………
2. ........................…………………………………………………………………………………………..…………………………
3. ........................……………………………………………………………………………………………………………………..
4. ........................………………………………………………………………………………………………………………………
5. ........................………………………………………………………………………………………………………………………

Inne trudności i/lub ważne informacje dotyczące stanu zdrowia studenta/studentki
istotne dla procesu edukacji (prosimy wypełnić, jeśli dotyczy):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………..………………………………

 (data, pieczątka i podpis