



**UCZELNIA
TECHNICZNO-HANDLOWA**
im. H. Chodkowskiej
w Warszawie

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, pieczętka i podpis)