

AKADEMIA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
Józefa Piłsudskiego w Warszawie
WYDZIAŁ WYCHOWANIA FIZYCZNEGO
Studia Kształcenia Podyplomowego
00-968 Warszawa ul. Marymoncka 34
tel. (022) 8345616

REGON 000327830

S K I E R O W A N I E

Stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767)

I. Kieruję na badanie lekarskie

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

- kandydat do Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

.....

II. W trakcie: wyżej wymieniony (a) będzie narażony(a) na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

- **zajęcia wymagające dodatkowego wydatku energetycznego**

Kierownik
Studiów Kształcenia Podyplomowego
dr Agnieszka Fornal-Urban

Warszawa, dnia

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
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 i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz.U.Nr 120, poz.767) orzeka się, że:

.....
imię i nazwisko

urodzonego

(dzień, miesiąc, rok)

zamieszkałego w

kandydat do Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, ul. Marymoncka 34

1/ brak jest przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia nauki na studiach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego*/

2/ istnieją przeciwwskazania zdrowotne do podjęcia nauki na studiach wymagających dodatkowego wydatku energetycznego*/

*/ właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza
przeprowadzającego badania

.....dnia.....r
miejsowość