

(pieczęć przychodni)

Częstochowa, dnia: _____

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

NAZWISKO I IMIĘ: _____

DATA URODZENIA: _____ NAZWA I NR. DOWODU TOŻSAMOŚCI*: _____

ZAMIESZKAŁY (-A): _____

ROZPOZNANIE **: _____

CEL WYDANIA ZAŚWIADCZENIA: _____

Student (ka) _____ . **MOŻE / NIE MOŻE** *** brać udział w zajęciach japońskiej sztuki walki AIKIDO.

Pieczęćka i podpis lekarza

* Wypełniać tylko w wypadkach uzasadnionych

** W zaświadczeniu nie należy zamieszczać rozpoznania choroby jeżeli z uwagi na cel zaświadczenia nie jest to konieczne bądź też zamieszczenie rozpoznania stanowiłoby naruszenie tajemnicy zawodowej

*** Niepotrzebne skreślić