|  |
| --- |
|  |

 *(Miejscowość, data)*

**OŚWIADCZENIE**

**o stanie zdrowia pozwalającym na udział**

**w studiach podyplomowych**

|  |
| --- |
|  |

*(nazwa studiów podyplomowych)*

|  |
| --- |
|  |

Ja, niżej podpisany(a) niniejszym potwierdzam brak przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających mi bezpieczny udział w zajęciach przewidzianych w planach studiów podyplomowych[[1]](#footnote-1):

|  |
| --- |
|  |

*(nazwa studiów podyplomowych)*

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (podpis czytelny uczestnika)

1. W planach studiów podyplomowych, przewidziano zajęcia ruchowe, wymagające czynnego udziału. W przypadku wątpliwości, zalecamy konsultację z lekarzem rodzinnym lub specjalistą. [↑](#footnote-ref-1)