
(Miejscowość, data)

O Ś W I A D C Z E N I E
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 podyplomowych¹:

(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.