

Student/ka data urodzenia

Wydział /kierunek/ rok studiów

PESEL rok akademicki

I. Z powodu ograniczeń zdrowotnych kieruję studenta/kę/ na zajęcia /właściwe zakreślić/:

1. pływania
2. gimnastyki leczniczej
 - ćw. korekcyjno-kompensacyjne
 - ćw. relaksacyjno-oddechowe
 - ćw. mięśni posturalnych
3. osoby z orzeczeniem lekarskim o niepełnosprawności mogą korzystać z zajęć: alternatywne zajęcia wf dla osób z niepełnosprawnościami

Pieczętka przychodni

Data i podpis /pieczętka/
lekarza specjalisty

.....

.....

**II. Uznaję, że proponowane w/w zajęcia mogą pogorszyć stan zdrowia studenta/ki/,
w związku z tym całkowicie zwalням z zajęć
od do**

Pieczętka przychodni

Data i podpis /pieczętka/
lekarza specjalisty

.....

.....

UWAGA: Zajęcia prowadzą nauczyciele - specjaliści rehabilitacji ruchowej. Uczelnia dysponuje dwiema w pełni wyposażonymi salkami rehabilitacyjnymi przystosowanymi do prowadzenia kinezyterapii, oraz pływalnią dostosowaną do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Informacja dla studenta/ki/:

Niniejszy dokument należy przekazać prowadzącemu zajęcia w nieprzekraczalnym terminie do 31 października danego roku akademickiego w przypadku skierowań całorocznych i dotyczących semestru zimowego oraz do 20 lutego w przypadku skierowania na semestr letni.