

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 dla osób z problemami zdrowotnymi

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 kieruję na zajęcia teoretyczne o tematyce prozdrowotnej 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 niepełnosprawnych.

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 marca w przypadku skierowania na semestr letni.