

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

....., .....  
(miejsce i data wystawienia zaświadczenia)

## Zaświadczenie lekarskie

1. Stan zdrowia Pana/i .....  
(imię i nazwisko studenta, wydział)

.....  
(data i miejsce urodzenia studenta)

\* **wyklucza udział** w przewidzianych zajęciach wychowania fizycznego organizowanych w Państwowej Wyższej Szkole Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej w Łodzi;

\* **ogranicza możliwość udziału** w przewidzianych zajęciach wychowania fizycznego organizowanych w Państwowej Wyższej Szkole Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej w Łodzi do następujących form ruchu:

\* PŁYWANIE,

\* YOGA,

\* GIMNASTYKA KOREKCYJNA -  
USPRAWNIAJĄCA, ZDROWY  
KRĘGOSŁUP

\* SIŁOWNIA KOBIEC I MĘŻCZYŹN,

\* SAMOOBRONA KOBIEC I MĘŻCZYŹN,

\* ZAJĘCIA OGÓLNOROZWOJOWO -  
USPRAWNIAJĄCE,

\* AEROBIK (różne formy),

\* GRY ZESPOŁOWE,

\* AKROBATYKA I GIMNASTYKA  
ARTYSTYCZNA,

2. Wyrażona w punkcie 1 ocena możliwości udziału w zajęciach wychowania fizycznego organizowanych w Państwowej Wyższej Szkole Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej w Łodzi dotyczy:

\* **semestru** ..... w roku akademickim ...../.....,  
(zimowy, letni *albo* zimowy i letni)

\* **całego okresu studiów.**

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)