

.....
pieczęć jednostki/ печатка закладу

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia kształcenia na
studiach wyższych

МЕДИЧНА ДОВІДКА
про відсутність протипоказань для навчання у вищому навчальному закладі

1. Imię i nazwisko.....

Ім'я та прізвище.....

2. Data urodzenia

Дата народження.....

3. Stan zdrowia

Стан здоров'я.....

4. Może podjąć kształcenie na Politechnice Częstochowskiej
ul. Dąbrowskiego 69 42-201 Częstochowa
na kierunku

Може навчатися у вищому навчальному закладі Politechnika
Częstochowska ul. Dąbrowskiego 69 42-201 Częstochowa
за напрямом

Data /Дата/.....

Pieczęć i podpis lekarza/Печатка і підпис лікаря.....