

.....  
*печатка закладу/ pieczęć jednostki*

**МЕДИЧНА ДОВІДКА**  
**про відсутність протипоказань для навчання у вищому навчальному закладі**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia kształcenia na studiach wyższych**

1. Ім'я та прізвище \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

2. Дата народження \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

3. Стан здоров'я \_\_\_\_\_

Stan zdrowia \_\_\_\_\_

4. Може навчатися у вищому навчальному закладі **Uniwersytet Kazimierza Wielkiego** ul. Jana Karola Chodkiewicza, 30, 85-064 Bydgoszcz  
за напрямом \_\_\_\_\_

Może podjąć kształcenie na **Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego** ul. Jana Karola Chodkiewicza, 30, 85-064 Bydgoszcz  
na kierunku \_\_\_\_\_

Дата/Data

Печатка і підпис лікаря/ Pieczęć i podpis lekarza