

Włocławek, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek, rok studiów, numer albumu

.....
adres zamieszkania

.....
nr tel.

**Kierownik
Studium Wychowania Fizycznego i Sportu
Państwowej Akademii Nauk Stosowanych
we Włocławku**

Przedkładam w załączeniu zaświadczenie lekarskie od lekarza specjalisty, dotyczące zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego z powodów zdrowotnych.

Proszę o wyznaczenie zajęć alternatywnych lub całkowite zwolnienie z zajęć na okres:

- semestr zimowy/letni* roku akademickiego

- rok akademicki

- na czas od..... do

Załączniki:

1. Zaświadczenie od lekarza specjalisty.

.....
podpis studenta

Decyzja Kierownika:

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*:
kieruję na zajęcia alternatywne...../całkowicie zwalniam z zajęć
wychowania fizycznego*

.....
data i podpis

(*) niepotrzebne skreślić