

.....
pieczętka poradni

.....
data

ZAŚWIADCZENIE DLA STUDIUM WYCHOWANIA FIZYCZNEGO I SPORTU UNIwersytetu warszawskiego

Ze względu na stan zdrowia student/studentka:

Imię i nazwisko PESEL

– **może uczestniczyć** w zajęciach sportowych zaznaczonych poniżej
(proszę wpisać X w kratce obok dyscypliny):

Zajęcia na sali o różnej intensywności:

- KOREKTYWA
- ZDROWY KRĘGOSŁUP
- JOGA
- PILATES
- STRETCHING
- BADMINTON
- TENIS STOŁOWY
- ERGOMETR WIOŚLARSKI
- SZERMIERKA REKREACYJNA
- SIŁOWNIA
- JUDO (gr. początkujące i zaawansowane)
- WSPINACZKA (nauka i kontynuacja)
- GRY SPORTOWE
- PIŁKA KOSZYKOWA
- PIŁKA SIATKOWA (gr. początkujące i zaawansowane)
- PIŁKA NOŻNA
- PIŁKA RĘCZNA MĘŻCZYZN

Dynamiczne zajęcia muzyczno-ruchowe:

- AEROBIK
- BODY SHAPE
- TBC
- TANIEC TOWARZYSKI
- TANIEC JAZZOWY

Zajęcia w wodzie:

- AQUA-BODY SHAPE (gimnastyka)
- AQUA FITNESS (gimnastyka)
- PŁYWANIE
- PŁYWANIE Z EL. PIŁKI WODNEJ
- PŁYWANIE dla osób niepełnosprawnych

Zajęcia w terenie:

- NORDIC WALKING
- SLOW JOGGING (wolny trucht)

– **nie może** uczestniczyć w żadnej z wymienionych powyżej dyscyplin sportowych
i otrzymuje zwolnienie lekarskie na (proszę zaznaczyć jedną z opcji):

- Semestr zimowy (październik-luty) w roku akademickim
- Semestr letni (luty-czerwiec) w roku akademickim
- Cały rok akademicki
- Trwałe, na cały okres studiów od

.....
podpis i pieczętka lekarza