Pieczęć zakładu

opieki zdrowotnej

lub lekarza praktykującego indywidualnie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego oraz oceny narażeń na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia występujących w czasie studiów w szkołach wyższych lub studiów doktoranckich stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół oraz studentów / kursantów, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów narażeni są na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, oraz sposobu dokumentowania tych badań (Dz. U. Nr 120, poz. 767) orzeka się, że:

u ……………………………………………………………………………………..…………………..

Imię i nazwisko Data urodzenia

zamieszkałego(-ej) w …………………………………………………………………………………….

- kandydata na kurs trenera judo klasy II\*

W trakcie kursu trenerskiego, występuje narażenie kandydata na działanie następujących czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia:

Czynniki szkodliwe to: (hałas / hale sportowe, natężenie poniżej 85 dB/ warunki uciążliwe dla zdrowia / zajęcia z komputerem). Ponadto zajęcia na wolnym powietrzu w zmiennych warunkach atmosferycznych w okresie letnim i zimowym (treningi poza halą sportową, obozy letnie, boiska, itp.) Od kursanta wymagana jest sprawność fizyczna organizmu.

\* Brak przeciwwskazań zdrowotnych do: - podjęcia kursu trenerskiego na trenera judo klasy II

\* Istnieją przeciwwskazania zdrowotne do: - podjęcia kursu trenerskiego na trenera klasy II

\* właściwe zakreślić

…………………………….……….

Miejscowość, dnia …………………………… r. Pieczęć i podpis lekarza

.