



.....  
(pieczęć placówki służby zdrowia)

## **ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Oświadczam, iż Pan/Pani.....  
ur. dnia ..... w .....,  
PESEL ..... jest zdolna/zdolny do podjęcia  
nauki w Wyższej Szkole Edukacji Integracyjnej i Interkulturowej w Poznaniu  
na kierunku .....  
i specjalności .....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)