

Warsaw, date/ Warszawa, dnia

To Medical Commission

Do Komisji Lekarskiej

Health Care for Higher Education Unit

Zespołu Opieki Zdrowotnej dla Szkół Wyższych

Year of study.....

Rok studiów:

Faculty of Power and Aeronautical Engineering

Wydział Mechaniczny Energetyki i Lotnictwa

Warsaw University of Technology

Politechnika Warszawska

Student's name and surname/ Imię i nazwisko studenta:

Date of birth/ Data urodzenia:

Place of birth/ Miejsce urodzenia:

Undersigned asks for/ Niżej podpisany prosi o:

.....

.....

.....

.....
student's signature/ podpis studenta

Attention: The form can not be used as a medical record.

The student must submit the index book to the Medical Commission.

Uwaga: Niniejszy arkusz nie może służyć jako świadectwo lekarskie.

Na Komisji Lekarskiej obowiązuje bezwarunkowo pokazanie indeksu

Dean of Faculty of Power and Aeronautical Engineering directs/ Dziekan Wydziału Mechanicznego Energetyki i Lotnictwa kieruje

..... the above mentioned student and ask for the decision/ w/w i prosi o orzeczenie

.....

.....
Dean's signature/ Podpis Dziekana

Medical record: the above mentioned student is on the medical treatment from:

Wniosek lekarski: w/w leczy się od

Diagnosis/ Rozpoznanie Prognosis/ Rokowanie

.....

.....
Date/ Data

.....
Signature of Physician/ Podpis Lekarza

Decision of the Medical Commission/ Orzeczenie Komisji

.....

.....

.....
Signatures/ Podpisy