

[Печатка лікарні/поліклініки]  
[Pieczęć szpitala/przychodni]

**МЕДИЧНА ДОВІДКА АБИТУРІЕНТА**  
**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE KANDYDATA NA STUDIA**

1. Прізвище, ім'я, по-батькові.....

*Nazwisko, imię.....*

2. Дата народження.....

*Data urodzenia.....*

3. Немає протипоказань /Є протипоказання\* до навчання в Люблінській  
Політехніці на вибраному напрямку

*Brak przeciwwskazań /Są przeciwwskazania\* do podjęcia nauki w Politechnice  
Lubelskiej na wybranym kierunku studiów*

Дата  
*Data*

Печатка і підпис лікаря  
*Pieczęć i podpis lekarza*

\*непотрібне викреслити/*niepotrzebne skreślić*