**INFORMACJE DODATKOWE DO SUPLEMENTU DO DYPLOMU**

**Wydział Medyczny i Nauk o Zdrowiu**

**Kierunek: Fizjoterapia/ Wychowanie fizyczne/ Wychowanie fizyczne w zdrowiu publicznym**

| Student | ..................................................................................................................... |
| --- | --- |
| Nr albumu: | ..................................................................................................................... |
| Studia: | ..................................................................................................................... |
| Kierunek: | ..................................................................................................................... |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otrzymane nagrody:

Udział w kołach naukowych:

Inne:

Kalisz, dn......................................................................

 ( data i podpis dyplomanta)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Poświadczenia**

.................................................................................................... .......................................................

 (osoba i jej rola) data i podpis

.................................................................................................... .......................................................