

ZAŁĄCZNIK 3. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH DO UDZIAŁU W TEŚCIE SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ

.....dnia.....2024 r.
(miejsowość)

.....
(pieczętka Placówki Służby Zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:
(imię i nazwisko)

urodzony/a* W
(data urodzenia) (miejsowość urodzenia)

zamieszkały/a
(adres)

posiada przeciwwskazania* / nie posiada przeciwwskazań* zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym**

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia dla potrzeb prowadzonej rekrutacji do służby w PSP.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

** postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

- próbę wydolnościową (beep test),
- test sprawności fizycznej: (podciąganie na drążku, bieg po kopercie),
- sprawdzian z braku lęku wysokości (akrofobia) – polegający na asekurowanym samodzielnym wejściu po drabinie ustawionej pod kątem 75° na wysokość 20 m i zejście.
- sprawdzian umiejętności pływania – polegający na przepłynięciu 50 m dowolnym stylem w czasie do 90 s.