Załącznik nr 6

.....
Pieczątka zakładu służby zdrowia

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o braku przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych

Zaświadcza się, że Pan(Pani).....
(imię i nazwisko)

urodzony(a) .....w .....
(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

PESEL											

Adres zamieszkania.....

.....

Jest zdolny/zdolna do wykonywania ćwiczeń fizycznych

Wyżej wymieniony(a) może przystąpić do następujących konkurencji:

1. Próba wydolnościowa – BEEP TEST.
2. Podciąganie na drążku.
3. Rzut piłką lekarską
3. Bieg po kopercie.
4. Sprawdzian z pływania.
5. Sprawdzian braku lęku wysokości (akrofobia).

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia przy postepowaniu kwalifikacyjnym do służby w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Ostrzeszowie.

.....
Pieczątka i podpis lekarza