

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

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

urodzony(a) może przystąpić do udziału w teście sprawności
(data)

fizycznej, próbie wydolnościowej, sprawdzanie lęku wysokości (akrofobii) oraz sprawdzianu z pływania*.

.....
(podpis lekarza)