

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych

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

urodzony/a W
(data urodzenia) (miejsowość)

zamieszkały/a
(adres)

jest zdolny/zdolna do ćwiczeń fizycznych i może przystąpić do:

- podciągania się na drążku/ rzutu piłką lekarską,
- biegu po kopercie,
- próby wydolnościowej (Beep test),
- sprawdzianu lęku wysokości - akrofobia (wejście asekurowane na drabinę na wysokość 20 m ustawioną pod kątem 75°).

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Sokółce dla potrzeb prowadzonego postępowania kwalifikacyjnego o przyjęcie do służby.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)