

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

.....dnia.....2026 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.