

.....dnia.....

.....
(pieczętka zakładu służby zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani*:

.....
(imię i nazwisko)

Urodzony/a*
(data urodzenia)

W.....
(miejscowość)

Zamieszkały/a*
.....

(adres)

posiada / nie posiada* przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania ćwiczeń fizycznych związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym** prowadzonym przez Państwową Straż Pożarną.

**Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: próby sprawnościowe: rzut piłką lekarską, podciąganie się na drążku, bieg po kopercie, próbę wydolnościową (beep test), sprawdzian pływania, sprawdzian z braku lęku wysokości – (asekurowany kandydat wchodzi samodzielnie na wysokość 20 m. na drabinę ustawioną pod kątem 75 stopni i z niej schodzi).

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis lekarza)