……………………………………..

(miejscowość, data)

…………………………………..

(pieczęć zakładu służby zdrowia)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o braku przeciwskazań zdrowotnych   
do wykonywania ćwiczeń fizycznych**

## Zaświadcza się, że Pan/Pani ..........................................................................

(imię i nazwisko)

## urodzony/a ......................................... w ........................................................

## (data urodzenia) (miejscowość)

## zamieszkały/a : ..............................................................................................

## (adres)

Jest zdolny/a do ćwiczeń fizycznych i może przystąpić do:

* próby wydolnościowej (Beep test),
* biegu po kopercie,
* podciąganiu się na drążku,
* sprawdzianu braku lęku wysokości, tj. wejście i zejście po drabinie mechanicznej nachylonej pod kątem 75 stopni, na wysokość 20 metrów.

## Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Komendzie Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Pabianicach dla potrzeb prowadzonego naboru do służby.

..................................................................

(pieczątka i podpis lekarza)