**Załącznik nr 2**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego u Pana/i

**-------------------------------------------------- --------------------------------**

 nazwisko i imię PESEL

stwierdza się, iż stan zdrowia ww. **pozwala/ nie pozwala**\*na udział w teście sprawności fizycznej, sprawdzianie braku lęku wysokości (akrofobia):

1. **TEST SPRAWNOŚCI FIZYCZNEJ**

1. Podciąganie na drążku.

2. Bieg po kopercie.

3. Próba wydolnościowa.

Próba wydolnościowa (Beep test) polega na bieganiu między dwoma znacznikami (liniami), oddalonymi od siebie o 20 metrów w określonym, stale rosnącym tempie.

**II. Sprawdzian braku lęku wysokości**

Sprawdzian polega na asekurowanym wejściu oraz zejściu na drabinę na wysokość 20 m ustawioną pod kątem 75o .

\* niewłaściwe skreślić

------------------------------------------- -----------------------------------------

miejscowość, data podpis i pieczęć lekarza