................................................... ………………………………… Pieczątka służby zdrowia miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

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

Zaświadcza się, że Pan(Pani).............................................................................................

 (imię i nazwisko)

urodzony(a) ..................................................................w ........................................................

 (data urodzenia) (miejsce urodzenia)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………….

**Jest zdolny/zdolna do wykonywania ćwiczeń fizycznych**

Wyżej wymieniony(a) może przystąpić do następujących konkurencji:

1. Próba wydolnościowa – BEEP TEST.

2. Próba dla mężczyzn – podciąganie na drążku.\*

3. Próba dla kobiet – rzut piłką lekarską (2 kg) znad głowy.\*

4. Próba dla kobiet i mężczyzn - bieg po kopercie.

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia przy postepowaniu kwalifikacyjnym do służby w Komendzie Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Lesznie.**

……………………………….

 pieczątka i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić