

.....
(pieczęć placówki medycznej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan(i).....
(imię i nazwisko)

urodzony(a) może przystąpić do udziału w teście sprawności
(data)

fizycznej, sprawdzanie lęku wysokości (akrofobia) oraz sprawdzanie z pływania*.

.....
(podpis lekarza)

*opis przebiegu, testu sprawności fizycznej, w tym próby wysokościowej i sprawdzianu z pływania dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej KM PSP w Zabrzu <http://pspzabrze.mojbip.pl>, na stronie internetowej <http://www.psp.zabrze.pl> oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Komendy.