

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
(data i miejscowość)

## ZAŚWIADCZENIE

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

urodzony(a) ..... może przystąpić do testu sprawności  
(data)

fizycznej oraz sprawdzianu lęku wysokości\*

.....  
(podpis lekarza)

\*opis przebiegu testu sprawności fizycznej, sprawdzianu lęku wysokości (akrofobia) dostępny jest w Biuletynie Informacji Publicznej Komendy Wojewódzkiej PSP w Katowicach <http://bip.katowice.kwpsp.gov.pl> oraz na stronie internetowej <http://bip.katowice.kwpsp.gov.pl> i w siedzibie Komendy Wojewódzkiej PSP w Katowicach.