.......………………………….………………

(miejscowość i data)

…………………………………………..

(imię i nazwisko)

…………………………………………..

(nazwa szkoły, klasa\*)

…………………………………………..

(numer identyfikacyjny\*\*)

OŚWIADCZENIE

O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ   
ZDROWOTNYCH DO WYKONYWANIA ĆWICZEŃ FIZYCZNYCH

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania przeze mnie ćwiczeń fizycznych podczas:\*\*\*

próbnego testu sprawności fizycznej

testu sprawności fizycznej

……………………………………………….

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* dotyczy ucznia oddziału, w których były nauczane przedmioty dotyczące funkcjonowania Policji, dla których zostały opracowane w szkole programy nauczania włączone do szkolnego zestawu programów nauczania (art. 9 ustawy z dnia   
1 października 2024 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z utworzeniem oddziałów o profilu mundurowym oraz ułatwieniem powrotu do służby w Policji i Straży Granicznej – Dz. U. poz. 1562)

\*\* dotyczy kandydata

\*\*\* zakreślić znakiem „X” właściwe pole