

.....  
(miejsowość 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