

# Ärztliche Bescheinigung

für die Teilnahme am physischen Eignungstest im Auswahlverfahren zur Einstellung in den Polizeivollzugsdienst des Freistaates Sachsen

(Zum Ausfüllen durch den Hausarzt / behandelnden Arzt des Bewerbers/der Bewerberin und Vorlage am Prüfungstag. Die Bescheinigung darf nicht älter als 4 Wochen sein.)

_____ , Name	_____ geboren am: _____ Vorname						
<p>hat sich um Einstellung in den Polizeivollzugsdienst beworben. Im Rahmen des Auswahlverfahrens wird auch ein physischer Test durchgeführt.</p> <p>Der Test findet am _____ in Leipzig statt und besteht aus folgenden Disziplinen:</p> <table style="width: 100%; border: none;"><tr><td style="width: 30%; vertical-align: top;">1. Kasten-Bumerang-Test</td><td style="vertical-align: top;">Mindestleistungen in 60 Sekunden: 9 Kastenteile sind durch Überspringen und Durchkriechen zu überwinden.</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">2. BW – Liegestütz</td><td style="vertical-align: top;">Mindestleistungen in 90 Sekunden: Bewerber 30x / Bewerberinnen 25x</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">3. 12 Minuten-Lauf</td><td style="vertical-align: top;">Mindestleistungen in 12 Minuten: Bewerber 2400 m / Bewerberinnen 2000 m</td></tr></table>		1. Kasten-Bumerang-Test	Mindestleistungen in 60 Sekunden: 9 Kastenteile sind durch Überspringen und Durchkriechen zu überwinden.	2. BW – Liegestütz	Mindestleistungen in 90 Sekunden: Bewerber 30x / Bewerberinnen 25x	3. 12 Minuten-Lauf	Mindestleistungen in 12 Minuten: Bewerber 2400 m / Bewerberinnen 2000 m
1. Kasten-Bumerang-Test	Mindestleistungen in 60 Sekunden: 9 Kastenteile sind durch Überspringen und Durchkriechen zu überwinden.						
2. BW – Liegestütz	Mindestleistungen in 90 Sekunden: Bewerber 30x / Bewerberinnen 25x						
3. 12 Minuten-Lauf	Mindestleistungen in 12 Minuten: Bewerber 2400 m / Bewerberinnen 2000 m						

Es wird gebeten zu bescheinigen, ob aus ärztlicher Sicht Bedenken hinsichtlich der Teilnahme an den genannten Disziplinen des physischen Tests bestehen.

(\*Zutreffendes ankreuzen)

\*  Es bestehen keine Bedenken.

\*  Es bestehen Bedenken.

Raum für weitere Vermerke oder Hinweise des Arztes:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes