

Anhang 4 zur DA 1.5.3

**JÄHRLICHER LEISTUNGSTEST FÜR  
ATEMSCHUTZGERÄTETRÄGER**

Zuname		Vorname	
Feuerwehrnummer		Standesbuchnummer	

Datum	Cooper Test	Fahrrad Test	Finntest	bestanden	Unterschrift SBFMD/ermächtigtes Mitglied
				JA NEIN	
				JA NEIN	
				JA NEIN	
				JA NEIN	
				JA NEIN	

Unterschrift Feuerwehrmitglied: \_\_\_\_\_

Unterschrift Feuerwehrkommandant: \_\_\_\_\_