

## ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Frau / Herr .....

Geb. am .....

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichnende Ärztin hat den oben angeführten Athleten bzw. die Athletin ärztlich untersucht und bestätigt, dass der Athlet / die Athletin gesundheitlich in der Lage ist, Wettkampfsport zu betreiben.

.....  
Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Gültigkeit: Die ärztliche Bestätigung behält die Gültigkeit vom Datum der Ausstellung für 12 Monate.

Unsere Partner:

