



Ärztliche Bestätigung

Name _____

Vorname _____

Wohnhaft _____

Geb. Datum |_|_|_|_|_|_|_|_|

weibl.

männl.

Hiermit bestätige ich, dass ich o. g. Sportlerin/Sportler ärztlich untersucht habe, diese/r sportgesund ist und sportartübergreifend uneingeschränkt am leistungssportlichen Trainings- und Wettkampfbetrieb teilnehmen darf.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes