



ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER ALLGEMEINE SPORTTAUGLICHKEIT

Ich _____ (Titel, Vorname, Nachname des Arztes)

Adresse: _____

Telefon/E-Mail: _____

bestätige die allgemeine Sporttauglichkeit für

_____ (Vorname, Nachname Sportler)

geboren am _____

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____