

Ärztliches Attest

Hiermit wird der / dem Sportlerin / Sportler

*

Name	
Vorname	
Geboren am	
Wohnhaft in :	PLZ, Ort Straße, Nr.

bescheinigt, dass keine ärztlichen Bedenken gegen die Teilnahme am / an :

Schwimmunterricht

Schwimmtraining

Schwimmwettkämpfe

bestehen.

nichtzutreffende Felder durchstreichen



Ausgestellt am	Datum
----------------	-------

Ausgestellt durch	Stempel der Arztpraxis
-------------------	------------------------

Unterschrift des untersuchenden Arztes

* nicht zutreffendes streichen