



BESCHEINIGUNG DER SPORTGESUNDHEIT

Hiermit wird bestätigt, dass

.....
(Vorname, Name)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Straße)

.....
(Ort)

trainings- und wettkampffähig (sportgesund) ist.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift, Stempel des Arztes)