

Ärztliches Attest

zur Teilnahme am Trainings- und Wettkampfbetrieb



Der/die Sportler/-in

Vorname: _____ Name: _____

Geb. am / in: _____

Wohnhaft in: _____

hat sich heute in meiner Praxis einer ärztlichen Untersuchung unterzogen.

Aus medizinischer Sicht kann der/die Sportler/-in

- uneingeschränkt am Trainings- und Wettkampfbetrieb für den WVV 1990 e. V. teilnehmen.
- mit Einschränkungen am Trainings- und Wettkampfbetrieb für den WVV 1990 e. V. teilnehmen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des/der Arzt/-in