

## Gesundheitsnachweis

Name:

Geburtsdatum:

Untersuchungsergebnis: Datum: \_\_\_\_\_

Die obengenannte Person wurde untersucht und es kann folgendes bestätigt werden:

Sportgesund

eingeschränkt Sportgesund

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift vom Arzt und Stempel: \_\_\_\_\_

Untersuchungsergebnis: Datum: \_\_\_\_\_

Die obengenannte Person wurde untersucht und es kann folgendes bestätigt werden:

Sportgesund

eingeschränkt Sportgesund

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift vom Arzt und Stempel: \_\_\_\_\_

Untersuchungsergebnis: Datum: \_\_\_\_\_

Die obengenannte Person wurde untersucht und es kann folgendes bestätigt werden:

Sportgesund

eingeschränkt Sportgesund

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift vom Arzt und Stempel: \_\_\_\_\_

Untersuchungsergebnis: Datum: \_\_\_\_\_

Die obengenannte Person wurde untersucht und es kann folgendes bestätigt werden:

Sportgesund

eingeschränkt Sportgesund

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift vom Arzt und Stempel: \_\_\_\_\_