

Sportärztliches Attest

für den Aktiven

Name: _____

Der/Die oben genannte Sportler/in kann aufgrund der heutigen Untersuchung ohne Einschränkungen Leistungssport betreiben.

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes

Bitte hier abtrennen

Sportärztliches Attest

für die Mannschaftenunterlagen

Name: _____

Der/Die oben genannte Sportler/in kann aufgrund der heutigen Untersuchung ohne Einschränkungen Leistungssport betreiben.

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift des Arztes