



## Ärztliche Bescheinigung der Sportfähigkeit

Name:

---

Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Anschrift:

---

---

Kadermitglied:

ja, welche Mannschaft: \_\_\_\_\_

nein

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Person **gesundheitlich fit genug** ist um ihren Sport auszuüben.

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift