

Gesundheitszeugnis

Schwimmclub Lechfeld e.V.

Der/Die Patient/Patientin befindet sich in meiner allgemein- / sportärztlichen Behandlung.

Hiermit bestätige ich für

Name

Vorname

Geburtstag

- die Trainingstauglichkeit
- die Trainings- und Wettkampftauglichkeit

Bemerkungen bzw. Einschränkungen:

Datum

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift des Arztes
