

# Sportfähigkeitsattest Schwimmverein Wildau e.V.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon im Notfall:

Mit Unterschrift und Stempel bestätigt der Arzt/die Ärztin, dass o.g. SchwimmerIn am Trainings- und Wettkampfbetrieb ohne gesundheitliche Bedenken teilnehmen kann.

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel des Arztes