

**EIGNUNGSBESCHEINIGUNG FÜR DIE
WETTKÄMPFERISCHE SPORTTÄTIGKEIT**
(IN DRUCKBUCHSTABEN AUSZUFÜLLEN)

Ich (Name und Nachname)

Geboren in (Stadt und Land)

Am (TT/MM/JJJJ)

Mit Praxis in (vollständige Adresse)

Telefon

**Erkläre in meiner Eigenschaft und Verantwortung als untersuchender Arzt, dass ich die
Konsequenzen eventueller falscher Angaben anerkenne und bescheinige, dass von mir**

am (TT/MM/JJJJ)

bei Herrn/Frau (Name und Nachname)

Geboren in (Stadt und Land)

Am (TT/MM/JJJJ)

Wohnhaft in (vollständige Adresse)

Eine sportmedizinische Untersuchung auf Sporttauglichkeit durchgeführt wurde.
Der Athlet weist keine Kontraindikationen zur Ausübung von folgender Sportart auf

LEICHTATHLETIK

Das vorliegende Attest ist ab dem Zeitpunkt der Untersuchung für ein Jahr gültig.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes
