

# Gesundheitsnachweis



für

\_\_\_\_\_ (Name)

\_\_\_\_\_ (Anschrift)

geb. am \_\_\_\_\_

Der unterzeichnende Arzt bescheinigt hiermit, dass keine Bedenken gegen die sportliche Betätigung des o.a. Mitgliedes als Schwimmer(in) vorliegen.

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Bei der Untersuchung am \_\_\_\_\_

wird die Unbedenklichkeit weiterhin bestätigt.

\_\_\_\_\_ (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_ (Unterschrift)