



EuregioSwimTeam

Ärztliches Attest zur Vorlage beim SV-NRW/DSV

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Der oben genannte Sportler / die oben genannte Sportlerin hat sich heute in meiner Praxis einer ärztlichen Untersuchung unterzogen.

Der Sportler / die Sportlerin

- Ist sportgesund und kann uneingeschränkt Schwimmsport betreiben
- Kann keinen Schwimmsport betreiben
- Kann mit folgenden Einschränkungen Schwimmsport betreiben

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes