|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ärztliches Zeugnis**  über die Sportgesundheit für den Schwimmsport | | | |
| **Name:** |  | | |
| **Vorname:** |  | | |
| **Geburtsdatum:** |  | | |
| **Straße** |  | |  |
| **Wohnort:** |  |  | |
| **Mitglied im** | **Eberswalder Schwimmverein e.V.** | | |
| Für Obengenannten bestehen aus medizinischer Sicht keine Einwände gegen die Teilnahme am Training sowie an Wettkämpfen im Schwimmsport – die Sportgesundheit für den Schwimmsport wird bestätigt.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift / Stempel: | | | |