|  |
| --- |
| **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: |