



Bestätigung

Hiermit bestätigen wir, dass das Mitglied Ihrer Schwimmabteilung

Name, Vorname

Geburtsdatum

von uns ärztlich untersucht wurde und für den Schwimmsport

uneingeschränkt tauglich

eingeschränkt tauglich
Begründung:

sportuntauglich
Begründung:

ist.

Datum

Arztstempel / Unterschrift