

Abteilung: Schwimmen

Mitgliedsnummer: _____

DSV-Lizenz Nummer: _____

Jahr: 201__

Geschäftsstelle
Martin-Luther-Str. 56
D-10779 BerlinGeschäftszeiten:
Montag: 13.00 - 15.00 Uhr
Dienstag: 17.00 - 19.00 Uhr
Donnerstag: 10.00 - 13.00 UhrTelefon: (030) 44 05 77 40
Telefax: (030) 44 05 77 41
e-mail: mail@vorspiel-berlin.deBerliner Volksbank
BLZ 100 900 00
Konto 211 333 9007

Ärztliches Attest / Gesundheitszeugnis

zur Vorlage beim Sportverein / Sportverband

für:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Der/Die oben genannte Patient/Patientin befindet sich in meiner allgemein- / sportärztlichen Behandlung.

Nach der heutigen Untersuchung bestehen keine Bedenken für die uneingeschränkte Teilnahme am Schwimmtraining und an Schwimmwettkämpfen.

Ort, Datum_____
Stempel, Unterschrift