



SPORTTAUGLICHKEITSNACHWEIS



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

Hiermit bestätigt der behandelnde Arzt die Sporttauglichkeit für die oben genannte Person.

Die Sporttauglichkeit bezieht sich auf den Trainings und Wettkampfbetrieb im Wasserball und ist ab Ausstellungsdatum ein Jahr gültig.

Stempel Datum _____ Unterschrift _____	Stempel Datum _____ Unterschrift _____
Stempel Datum _____ Unterschrift _____	Stempel Datum _____ Unterschrift _____
Stempel Datum _____ Unterschrift _____	Stempel Datum _____ Unterschrift _____