BAYERISCHER FUSSBALL-VERBAND

REGIONALLIGA BAYERN

# SAMMELBESCHEINIGUNG

## über die internistisch-allgemeine sportmedizinische Untersuchung

**Regionalligateilnehmer (e. V.):** _____

Folgende aktive Spieler des Teilnehmers haben sich einer internistisch-allgemeinen sportmedizinischen Untersuchung unterzogen und wurden für den Spiel- und Trainingsbetrieb einer Regionalligamannschaft als geeignet erachtet.

| NAME | VORNAME | GEBURTSDATUM |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| NAME | VORNAME | GEBURTSDATUM |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

, den

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(e. V.)

Vereinsstempel (e. V.)

Name in Druckbuchstaben

, den

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Name in Druckbuchstaben