

BESCHEINIGUNG (Einzel)

über die internistisch-allgemeine sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____, geboren am _____,

des Regionalligateilnehmers (e. V.): _____

hat sich am _____ einer allgemein-internistischen sportmedizinischen Untersuchung unterzogen und wurde von mir für den Spiel- und Trainingsbetrieb einer Regionalligamannschaft als

geeignet

nicht geeignet

erachtet.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Die Untersuchung der Tauglichkeit wird bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (e. V.)

Vereinsstempel (e. V.)

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Spielers