

SAMMELBESCHEINIGUNG

ÜBER DIE INTERNISTISCHE-ALLGEMEINE SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

Regionalligeteilnehmer: _____

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

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

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

, den

Unterschrift gesetzlicher Vertreter
des Regionalligeteilnehmers

Stempel Regionalligeteilnehmer

Name des Regionalligeteilnehmers
in Druckbuchstaben

, den

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Name des Arztes in Druckbuchstaben