



Schweizerischer Ruderverband
Fédération Suisse des Sociétés d'Aviron
Federazione Svizzera delle Società di Canottaggio

Sportärztliche Bestätigung

Athlet / Athletin:

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

.....

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichnende Ärztin hat den oben aufgeführten Athleten bzw. die Athletin sportärztlich untersucht und bestätigt, dass der Athlet / die Athletin gesundheitlich in der Lage ist, Ruderwettkämpfe wie folgt zu bestreiten:

<p>Alterskategorie:</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 13/14 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 15/16 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 17/18 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren B (19-22 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren A (≥ 23 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> Masters (≥ 27 Jahre)</p>	<p>Renndistanz:</p> <p><input type="checkbox"/> 1'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> 1'500 m</p> <p><input type="checkbox"/> 2'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> Langstrecken-Rennen ($> 2'000$ m)</p>
--	---

Ergänzende Bemerkungen:.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin:

.....