



## Sportärztliche Bestätigung

### **Athlet/Athletin:**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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:

<b>Alterskategorie:</b> <input type="checkbox"/> Junioren 13/14 Jahre <input type="checkbox"/> Junioren 15/16 Jahre <input type="checkbox"/> Junioren 17/18 Jahre <input type="checkbox"/> U23 (19-22 Jahre) <input type="checkbox"/> Elite ( $\geq$ 23 Jahre) <input type="checkbox"/> Masters ( $\geq$ 27 Jahre)	<b>Renndistanz:</b> <input type="checkbox"/> 1'000 m <input type="checkbox"/> 1'500 m <input type="checkbox"/> 2'000 m <input type="checkbox"/> Langstreckenrennen (> 2'000m)
--	---

Ergänzende Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt / Ärztin



Stempel Arztpraxis / Klinik