

Ärztliche Bestätigung für Mädchen, Jungen und Jugendliche



Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10
30169 Hannover
Telefon 0511 980 94-0
Fax 0511 980 94-25
info@rudern.de
www.rudern.de

Formular drucken

Adressfeld für Fensterbriefumschlag

An
Deutscher Ruderverband
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10
30169 Hannover

Athlet/Athletin Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 weiblich männlich

Verein bzw. Schule

TuS Bramsche Ruderabteilung e.V.				
----------------------------------	--	--	--	--

 Vereinsnummer

1	1	8	0	5
---	---	---	---	---

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

Jungen und Mädchen (bis 14 Jahre)
 Junioren / Junioren B (15/16 Jahre)
 Junioren / Junioren A (17/18 Jahre)
 Startberechtigung bei U 18:

ja nein
 ja nein

Ort, Datum _____
 Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____
 Stempel des Arztes/der Ärztin: _____

Juniorliste (Aktivenpass)
 Wir bitten um Aufnahme in die Juniorliste (Aktivenpass) für die Saison _____

 Aktivpassnummer (soweit bereits vergeben): _____

Ort, Datum _____
 Unterschrift Athlet /Athletin _____
 Unterschrift Vereinsvorsandsmitglied _____
 Vereinsstempel _____