



Schwimmklub Neptun Leimen e.V.

Seit 1919

Ärztliche Untersuchung

Die (sport-) ärztliche Untersuchung ist nicht nur im eigenen Interesse, sondern auch gemäß den aktuellen Wettkampfbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes jährlich vorgeschrieben.

Vorname: _____ Nachname: _____

Geboren am: _____

Die o.g. Schwimmerin/ der o.g. Schwimmer wurde heute von mir sportärztlich untersucht.

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Schwimmerin/ der o.g. Schwimmer sportgesund ist und uneingeschränkt am Trainings- und Wettkampfbetrieb teilnehmen darf.

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/ Ärztin

Stempel Arzt/ Ärztin/ Praxis