

VfR Simmern – Abteilung Schwimmen
z.H. Michael Lyczkowski
sportlicherleiter@schwimmen-vfrsimmern.de
www.Schwimmen-vfrsimmern.de



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage bei der Schwimmabteilung, VfR Simmern
Gültig für 12 Monate

Hiermit bescheinige ich, dass o.g. Sportler*in zum Untersuchungszeitpunkt uneingeschränkt sporttauglich ist. Für die Ausübung von Schwimmen im Leistungssektor, inkl. Wettkampfteilnahmen, bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes