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

Ärztliche Bescheinigung

Zur Vorlage bei der Schwimmabteilung des VfR Simmern
gültig für 12 Monate
für

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

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