

# Ärztliches ATTEST



**Hiermit wird bestätigt,**  
dass der/die Sportler/in.....  
geboren am.....aufgrund der am .....  
durchgeführten Untersuchung ohne Einschränkung für die Ausübung von  
gezieltem Training und Wettkampfsport medizinisch geeignet ist.

---

Datum:

---

Stempel