Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Wohnort: .....

Mitglied im Verein/ Gruppe .....

☑

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, die Rechtsordnung und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmerverbandes an.

Datum: .....

Unterschrift Schwimmer: .....

Gesetzlicher Vertreter: .....

Eintragung sportärztliche Untersuchung

Sportgesund ja / nein **Datum**: Unterschrift/Stempel

Sportgesund ja / nein **Datum**: Unterschrift/Stempel

Sportgesund ja / nein **Datum**: Unterschrift/Stempel

Sportgesund ja / nein **Datum**: Unterschrift/Stempel

Sportgesund ja / nein **Datum**: Unterschrift/Stempel