



## Ärztliche Bescheinigung für die Sporttauglichkeit

Vorname Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Vorgenannte/r Schwimmer/in ist zum Zeitpunkt der Untersuchung sporttauglich und kann am Schwimmtrainingsbetrieb und an Schwimmwettkämpfen aktiv teilnehmen.  
(nichtzutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes



## Bestätigung / Kenntnisnahme



Wir/ich \_\_\_\_\_ (Name Eltern, leserlich)

bestätige hiermit, dass wir/ich Kenntnis habe,

selbst für \_\_\_\_\_ (Name des Kindes, leserlich),

geboren am, \_\_\_\_\_

Sorge zu tragen, dass mein/unser Kind sporttauglich ist.

Der Trainer/Übungsleiter und der Verein ist nicht dafür verantwortlich und wird der Haftung entbunden. Wir/ich muss dem Verein sofort mitteilen, wenn mein Kind eine Krankheit oder Einschränkung hat.

Mitteilungen des Erziehungsberechtigten bzgl.

Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten