

Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name:	<u>Eintragung sportärztliche Untersuchung</u>
Vorname:	Sportgesund ja / nein
Geburtsdatum:	
Wohnort:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Straße:	Sportgesund ja / nein
Mitglied im Verein/ Gruppe:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, Rechtsordnung und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes an.	Sportgesund ja / nein
Datum:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Unterschrift des Schwimmers	Sportgesund ja / nein
Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>

Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name:	<u>Eintragung sportärztliche Untersuchung</u>
Vorname:	Sportgesund ja / nein
Geburtsdatum:	
Wohnort:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Straße:	Sportgesund ja / nein
Mitglied im Verein/ Gruppe:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, Rechtsordnung und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes an.	Sportgesund ja / nein
Datum:	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>
Unterschrift des Schwimmers	Sportgesund ja / nein
Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters	<u>Datum</u> <u>Unterschrift/Stempel</u>