



Sportärztliche Bestätigung

Athlet/Athletin:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichnende Ärztin hat den oben aufgeführten Athleten bzw. die Athletin sportärztlich untersucht und bestätigt, dass der Athlet / die Athletin gesundheitlich in der Lage ist, Ruderwettkämpfe wie folgt zu bestreiten:

Alterskategorie: <input type="checkbox"/> Junioren 13/14 Jahre <input type="checkbox"/> Junioren 15/16 Jahre <input type="checkbox"/> Junioren 17/18 Jahre <input type="checkbox"/> U23 (19-22 Jahre) <input type="checkbox"/> Elite (\geq 23 Jahre) <input type="checkbox"/> Masters (\geq 27 Jahre)	Renndistanz: <input type="checkbox"/> 1'000 m <input type="checkbox"/> 1'500 m <input type="checkbox"/> 2'000 m <input type="checkbox"/> Langstreckenrennen (> 2'000m)
--	---

Ergänzende Bemerkungen: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Arzt / Ärztin _____



Stempel Arztpraxis / Klinik

Mit der Einreichung der sportärztlichen Bestätigung stimmen die Antragstellenden zu, dass die Angaben aus diesem Formular zum Zweck der Lizenzausstellung erhoben, bearbeitet und gespeichert werden.