

# Gesundheitszeugnis

Hiermit wird bestätigt, dass zum Zeitpunkt der Feststellung aus medizinischer Sicht einer sportlichen Betätigung der / des

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

nichts im Wege steht.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift)