Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Wohnort

Mitglied im Verein

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, Rechts-ordnungen und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes an.

Datum

Unterschrift des Schwimmers

Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

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

Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Wohnort

Mitglied im Verein

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, Rechtsordnungen und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes an.

Datum

Unterschrift des Schwimmers

Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

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