

Untersuchung auf Sportfähigkeit

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Mitglied im Verein / Gruppe

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, Rechtsordnung 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