**Ärztliches Attest für die Vorlage beim SVW bzw. DSV**

Der Schwimmer / die Schwimmerin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Name, Vorname) (Geb.-Datum)*

Wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Wohnort)*

wurde heute in meiner Praxis einer ausführlichen ärztlichen Untersuchung unterzogen.

Er / Sie ist demnach *(zutreffendes bitte ankreuzen)*

[ ]  sportgesund [ ]  nicht sportgesund

und

[ ]  kann Schwimmsport [ ]  darf keinen Schwimmsport

betreiben betreiben

und

[ ]  kann aktiv an Wettkampfver- [ ]  darf nicht an Wettkampfver-

anstaltungen teilnehmen. anstaltungen teilnehmen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ort) (Datum)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Stempel und Unterschrift des Arztes)*