

BESTÄTIGUNG

Name:

Vers.Nr.:

wohnhaft:

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____ die
gesundheitlichen Voraussetzungen für Belastungen im Sportstudium vollkommen erfüllt, der
Patient ist physisch und psychisch voll gesund.

Mit freundlichen Grüßen

Arztstempel

Datum der Untersuchung: