

Ärztliche Bescheinigung

gültig nur, wenn nicht älter als 2 Jahre

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Frau / Herr (Personalien siehe oben)
wurde einer ausführlichen ärztlichen Untersuchung unterzogen.

☐ Die oben genannte Person ist uneingeschränkt für das Schwimmtraining* /-kurse
(z. B. Seniorenschwimmen) und Schwimmwettkämpfe* geeignet

☐ Die oben genannte Person ist mit folgenden Einschränkungen (z.B.
Trommelfellschäden, Rückenbeschwerden, Gleichgewichtsproblemen, Asthma,
Herzfehler) für das Schwimmtraining* und Schwimmwettkämpfe* geeignet.

Einschränkungen:

.....

☐ Die oben genannte Person darf nicht an einem Schwimmtraining und an
Schwimmwettkämpfen teilnehmen.

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel (mit Anschrift) der Ärztin/ des Arztes

*Nichtzutreffendes bitte streichen