



Abteilung Schwimmen

# Sportärztliches Attest

Name: .....

Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Adresse: .....

.....

Aufgrund der Untersuchung besteht

- uneingeschränkte Schwimmsporttauglichkeit
- eingeschränkte Schwimmsporttauglichkeit

Einschränkungen: .....

.....

.....

.....

Datum

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes