

# **BESCHEINIGUNG (Einzel)**

## **über die internistisch-allgemeine sportmedizinische Untersuchung**

Der Spieler \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

des Regionalligateilnehmers (e. V.): \_\_\_\_\_

hat sich am \_\_\_\_\_ einer allgemein-internistischen sportmedizinischen Untersuchung unterzogen und wurde von mir für den Spiel- und Trainingsbetrieb einer Regionalligamannschaft als

geeignet

nicht geeignet

erachtet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

Die Untersuchung der Tauglichkeit wird bestätigt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (e. V.)

\_\_\_\_\_  
Vereinsstempel (e. V.)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Spielers