BAYERISCHER FUSSBALL-VERBAND

REGIONALLIGA BAYERN

SAMMELBESCHEINIGUNG

über die internistisch-allgemeine sportmedizinische Untersuchung

Regionalligateilnehmer (e. V.): _____

Folgende aktive Spieler des Teilnehmers haben sich einer internistisch-allgemeinen sportmedizinischen Untersuchung unterzogen und wurden für den Spiel- und Trainingsbetrieb einer Regionalligamannschaft als geeignet erachtet:

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	UNTERSCHRIFT

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	UNTERSCHRIFT

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(e. V.)

Vereinsstempel (e. V.)

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Name in Druckbuchstaben