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

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(e. V.)

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel des Arztes

Name in Druckbuchstaben