

Untersuchung auf Sportfähigkeit

Ärztliche Untersuchung

Name

Geburtsdatum

DSV ID-Nummer

Straße

PLZ Ort

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen,
Rechtsordnung und die Antidopingbestimmungen
des Deutschen Schwimmverbandes an.

Datum Unterschrift des Schwimmers/Schwimmerin

Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters

1
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

2
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

3
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

4
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

5
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

Ärztliche Untersuchung

6
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

7
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

8
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

9
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

10
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

Ärztliche Untersuchung

11
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

12
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

13
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

14
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift

15
Uneingeschränkt sportgesund Stempel

Ja Nein

Datum Unterschrift