



## GESUNDHEITSATTEST FÜR WETTBEWERBSORIENTIERTE SPORTAKTIVITÄTEN

Herr/Frau (Vorname, Nachname) \_\_\_\_\_

Geburtsort (Stadt, Land) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

Gemäß der durchgeführten ärztlichen Untersuchungen weist die Person keine Kontraindikationen hinsichtlich des wettkampforientierten Radsports auf.

Dieses Attest besitzt eine einjährige Gültigkeit ab heute.

Ort: \_\_\_\_\_

Datum (TT/MM/JJJJ) : \_\_\_\_\_

Unterschrift & Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_

