ÄRZTLICHES ATTEST

Der Sportler

.....
Name und Vorname

.....
Geburtsdatum, Adresse

ist hinsichtlich seiner Eignung zum Leistungssport zu untersuchen.

Körpergröße:

Gewicht:

Auffälligkeiten am Bewegungsapparat:

Auffälligkeiten des Herz-Kreislaufsystems:

Auffälligkeiten an Lungen und Atemwege:

notwendige Zusatzuntersuchung:

Bei dem Untersuchten besteht gegen die Ausübung des Ringsports kein Einwand.

....
Ort / Datum der Untersuchung Stempel und Unterschrift des Arztes

Marx REISEN
sporthotel WAGRAIN
SPORT 2000
HOME OF EXPERTS
WRESTLING
TEAM Sport MARCHL & NEUMAIER GmbH

Österreichischer Ringsportverband – Austrian Wrestling Federation
Gewerbehofstraße 8 • A-5071 Wals • Tel.: +43 (0) 662 243 171 • Fax: +43 (0) 662 243 171 - 15
office@ringsport.at • www.ringkampf.at • ZVR-Zahl 604263968
Kto. Nr. 125 468 bei der Raiffeisenbank Liefering (BLZ 35 034)
IBAN AT433503400000125468 • BIC RVSAAT2S034