

Ärztliches Attest

Die/der behandelnde Ärztin/Arzt
(Arztstempiglie)

bestätigt hiermit, dass der/die SportlerIn

.....,
(Name und Vorname) (Geburtsdatum)

zum Zeitpunkt der Untersuchung wettkampftauglich für Judo ist.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)