



Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr / Schüler(in)

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

war bei mir in ärztlicher Behandlung.

Es bestehen grundsätzlich keinerlei Bedenken hinsichtlich einer sportlichen Betätigung

Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten ist aus gesundheitlichen Gründen

voraussichtlich bis _____

nur begrenzt möglich

nicht möglich

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Praxisstempel