



Ärztliches Attest

Hiermit wird der Schwimmabteilung des TSV München-Solln e.V. bestätigt, dass

_____, geb. am _____ ärztlich untersucht wurde.
(Vorname, Zuname)

Es bestehen keine Hinderungsgründe zur Teilnahme am Leistungssport Schwimmen (Trainings- und Wettkampffähigkeit).

Evtl. Bemerkung: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes/Ärztin)