



**Bescheinigung über die medizinische Prüfung der Tauglichkeit für
die Teilnahme an Schwimmwettkämpfen**

Aus medizinischer Sicht besteht für

Name: _____ , geb.am : _____

keine Bedenken gegen die Teilnahme an Schwimmwettkämpfen

Ort, Datum : _____

Name und Stempel des Arztes _____