

Ärztliches Attest

Für Frau / Herr

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Plz. / Wohnort: _____

Strasse / Hausnr.: _____

Wird hiermit bescheinigt, dass gegen die Ausübung
des Sportes als Eishockey-Schiedsrichter
keine medizinischen Bedenken bestehen.

Weitere Untersuchungen notwendig: JA: NEIN:

Anmerkungen: _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift und Stempel Arzt)