

*SG TV Elsenfeld / TV Kleinwallstadt*



**Ärztliche Bescheinigung**  
Zur Vorlage beim Schwimmverein

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geb.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Ausübung  
des Schwimmsports unter Trainings- und Wettkampfbedingungen.

---

Datum Stempel - Unterschrift