



Karateakademie G-Dojo e.V.

SPORTTAUGLICHKEITS-ATTEST

Arztstempel/Unterschrift

gültig bis:

Aktives Mitglied _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Der o. g. Patient wurde von mir untersucht.

Gegen die Ausübung des Kampfsports bestehen ärztlich keine Bedenken.

Datum