BAYERISCHER EISSPORT-VERBAND e.V. – 80971 MÜNCHEN
Postfach 50 01 20 - >>Haus des Sports<< - Telefon (089) 1 57 99 20 – Telefax (089) 1 57 99 220

Ärztliches Attest

Herrn/Frau

Name	**Vorname**
Geburtsdatum	**Geburtsort**

Wird bestätigt, dass gegen die Ausübung des Leistungssports als Eishockey-Schiedsrichter keine medizinischen Bedenken bestehen.

Weitere Untersuchungen notwendig: **JA:** ☐ **NEIN:** ☐

Anmerkungen: _____

_____

_____

Ort **Datum** **Stempel und Unterschrift des Arztes**