



**Ärztliches Attest für die Vorlage beim Bayerischen Schwimmverband
und beim Deutschen Schwimmverband**

Der / die Schwimmer:in _____, geboren am _____
Name Datum

wohnhaft in _____, _____
Straße, Nr. PLZ Ort

wurde heute in meiner Praxis einer ausführlichen ärztlichen Untersuchung unterzogen.

Er / Sie ist demnach (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sportgesund | <input type="checkbox"/> nicht sportgesund |
| und | |
| <input type="checkbox"/> kann Schwimmsport betreiben | <input type="checkbox"/> darf keinen Schwimmsport betreiben |
| und | |
| <input type="checkbox"/> kann aktiv an Wettkampfveranstaltungen teilnehmen. | <input type="checkbox"/> darf nicht an Wettkampfveranstaltungen teilnehmen. |

_____, den _____
Ort Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes