



**VfL Kaufering**  
**Abteilung Schwimmen**  
**Gesundheitszeugnis**  
(Rückgabe direkt an Trainer oder Sportwart)



**C**

Hiermit bestätigte ich die sportmedizinische Untersuchung für

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

- Die Trainingstauglichkeit wird bestätigt.
- Die Trainings- und Wettkampftauglichkeit wird bestätigt.

Der/Die oben genannte Patient/Patientin befindet sich in meiner allgemein- / sportärztlichen Behandlung. Nach der heutigen Untersuchung bestehen keine Bedenken für die uneingeschränkte Teilnahme am Schwimmtraining und an Schwimmwettkämpfen.

Bemerkungen bzw. Einschränkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes