

# Sporttauglichkeitsbescheinigung für den Schwimmsport

\_\_\_\_\_  
Vorname Name geb. am

\_\_\_\_\_  
Plz Wohnort Straße

Der / die obengenannte ist zum Zeitpunkt der Untersuchung sporttauglich und kann uneingeschränkt den Schwimmsport ausüben.

**Bekannte Krankheiten / Allergien:**

**Regelmäßige Medikamenteneinnahmen:**

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift des Arztes