

RODEL AUSTRIA

Ärztliche Untersuchung

Nachname: Vorname:

Geb.-Datum: Beruf:

Adresse:
PLZ Ort Strasse Nr.

Verein:

Datum der ärztliche Untersuchung:

Die o.a. Person ist für den Leistungssport >RODELN< uneingeschränkt geeignet.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des untersuchenden Arztes
mit Stempel