



Erklärung des betreuenden / überwachenden Arztes

Name: _____ Vorname: _____
Fachrichtung: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Tel.: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich den Verein/die Abteilung

Name des Vereins

medizinisch betreue.

Im Rahmen dieser Tätigkeit obliegt mir die Überwachung/Durchführung der jährlichen Sporttauglichkeitsuntersuchungen für die sporttreibenden Mitglieder.

Änderungen der o. g. Angaben werden der Geschäftsstelle des Thüringer Behinderten- und Rehabilitations- Sportverbandes e. V. schriftlich mitgeteilt.

Ort/ Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes des Vereins