



**Bescheinigung über die medizinische Prüfung der Tauglichkeit für  
die Teilnahme an Schwimmwettkämpfen**

**Aus medizinischer Sicht besteht für**

**Name: \_\_\_\_\_ , geb.am : \_\_\_\_\_**

**keine Bedenken gegen die Teilnahme an Schwimmwettkämpfen**

**Ort, Datum : \_\_\_\_\_**

**Name und Stempel des Arztes \_\_\_\_\_**