



ÄRZTLICHES ATTEST

Der Sportler

.....
Name und Vorname

.....
Geburtsdatum, Adresse

ist hinsichtlich seiner Eignung zum Leistungssport zu untersuchen.

Körpergröße:

Gewicht:

Auffälligkeiten am Bewegungsapparat:

Auffälligkeiten des Herz-Kreislaufsystems:

Auffälligkeiten an Lungen und Atemwege:

Blutuntersuchung, Gerinnungsstatus:

notwendige Zusatzuntersuchung:

Bei dem Untersuchten besteht gegen die Ausübung des Ringsports kein Einwand.

.....
Ort / Datum der Untersuchung

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes



Österreichischer Ringsportverband – Austrian Wrestling Federation

Gewerbehofstraße 8 • A-5071 Wals • Tel.: +43 (0) 662 243 171 • Fax: +43 (0) 662 243 171 - 15

office@ringsport.at • www.ringkampf.at • ZVR-Zahl 604263968

Kto. Nr. 125 468 bei der Raiffeisenbank Liefering (BLZ 35 034)

IBAN AT433503400000125468 • BIC RVSAAT2S034