

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE SPORTTAUGLICHKEIT

Allgemeine Angaben:

Name: _____

Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

Größe (m): _____

Gewicht (kg): _____

BMI (kg/m²): _____

Medikamente: _____

Allergien/Überempf.: _____

Blutdruck (Ruhe): _____

Herzfrequenz (Ruhe): _____

Körperliche Untersuchung:

	nicht auffällig	auffällig
Kopf/Hals/Sinnesorgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz (abgehört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge (abgehört)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilung: sporttauglich

eingeschr. sportfähig

z. Z. nicht sportfähig

Anmerkung/Empfehlung:

Datum, Stempel, Unterschrift
des behandelnden Arztes

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Erziehungsberechtigte/r:

(Name, Vorname)

(Straße, Wohnort)

(Telefonnummer)

Als erziehungsberechtigter Elternteil von _____, geboren am _____, erteile ich meinem Sohn/meiner Tochter bis auf Widerruf die Erlaubnis Eisschnelllauf bei dem Münchner Eislauf Verein auszuüben und an Wettkämpfen teilzunehmen.

München,

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)