

Ludwigsfelder Schwimmverein

Delphin 1990



Sporttauglichkeitsnachweis

Name/ Vorname
Geburtsdatum
ID-Nr.
Anschrift

Die Sporttauglichkeit wird bestätigt.	
Datum	Stempel/ Unterschrift des Arztes
Die Sporttauglichkeit wird bestätigt.	
Datum	Stempel/ Unterschrift des Arztes
Die Sporttauglichkeit wird bestätigt.	
Datum	Stempel/ Unterschrift des Arztes