



2009-2010

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Tauglichkeit für Kampfmannschaften

Unten angeführte/r Spieler/in wurde sportärztlich untersucht.
Der Handballsport kann **in Senioren- bzw. in Kampfmannschaften** ohne medizinische Bedenken ausgeübt werden.

Unterschrift des Arztes:

Datum:

Ifd. Nr.:	Paß Nr.	NAME	VORNAME	VersNr.	Geb.Datum
1.					

Verein/ Unterschrift/Datum:

UHLZ Perchtoldsdorf



2009-2010

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Tauglichkeit für Kampfmannschaften

Unten angeführte/r Spieler/in wurde sportärztlich untersucht.
Der Handballsport kann **in Senioren- bzw. in Kampfmannschaften** ohne medizinische Bedenken ausgeübt werden.

Unterschrift des Arztes:

Datum:

Ifd. Nr.:	Paß Nr.	NAME	VORNAME	VersNr.	Geb.Datum
1.					

Verein/ Unterschrift/Datum:

UHLZ Perchtoldsdorf