



Ärztliches Attest für die Teilnahme am Spielbetrieb

Ärztliche Bestätigung für den Spieler:

Vorname: _____

Nachname: _____

geboren am: _____

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht derzeit keine Bedenken für die Ausübung des Eishockeysports bestehen.

Datum: _____

Unterschrift und Stempel des Arztes: _____

Dieses Formular ist – vom Arzt bestätigt – ein Jahr gültig und ist vom Verein aufzubewahren und auf Verlangen des Verbandes vorzuweisen.