



Schweizerischer Ruderverband  
Fédération Suisse des Sociétés d'Aviron  
Federazione Svizzera delle Società di Canottaggio

### **Sportärztliche Bestätigung**

#### **Athlet / Athletin:**

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Wohnadresse: .....

.....

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichnende Ärztin hat den oben aufgeführten Athleten bzw. die Athletin sportärztlich untersucht und bestätigt, dass der Athlet / die Athletin gesundheitlich in der Lage ist, Ruderwettkämpfe wie folgt zu bestreiten:

<p>Alterskategorie:</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 13/14 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 15/16 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Junioren 17/18 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren B (19-22 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> Senioren A (≥ 23 Jahre)</p> <p><input type="checkbox"/> Masters (≥ 27 Jahre)</p>	<p>Renndistanz:</p> <p><input type="checkbox"/> 1'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> 1'500 m</p> <p><input type="checkbox"/> 2'000 m</p> <p><input type="checkbox"/> Langstrecken-Rennen (&gt; 2'000 m)</p>
--	--

Ergänzende Bemerkungen:.....

.....

.....

.....

Ort, Datum: .....

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin: .....

.....