

# ÄRZTLICHES ATTEST

## Radrennsport

Ich (Name des Arzt): .....

Bestätige hiermit nach medizinischer Untersuchung, dass es bei Herr/ Frau:

.....

geboren am: ..... / ..... / .....

keine medizinischen Einwände gegen eine Teilnahme an einem Radrennen gibt.

Ärztliches Attest nach Anfrage des/der Betroffenen ausgestellt und persönlich übergeben

Ort .....

Datum ..... / ..... / .....

Stempel und Unterschrift des Arztes