

Datum

## Ärztliches Attest

### KURSTEILNEHMER/IN

Bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen.

Vorname/Name .....

Straße .....

Land ..... PLZ ..... Stadt .....

Tel. Privat ..... Tel. Geschäft ..... FAX .....

Geburtsdatum (Tag/Mt./Jahr) ..... Beruf .....

### Name und Adresse Ihres Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name ..... Krankenhaus .....

Adresse ..... Telefon .....

Datum Ihrer letzten Untersuchung .....

Name des untersuchenden Arztes ..... Krankenhaus .....

Adresse ..... Telefon .....

### ARZT / ÄRZTIN

Diese Person ist Kandidat/in für eine Ausbildung zum Fließwasser - / Wildwasserretter vorgesehen.

### BEURTEILUNG

- Aus medizinischer Sicht kann ich nichts feststellen, was ich mit dem Schwimmen im Fließ - / Wildwasser als unvereinbar erachte.
- Aus medizinischer Sicht kann ich diese Person für diese Ausbildung nicht empfehlen.

### BEMERKUNGEN .....

Name des Arztes .....

Adresse ..... Telefon .....

Unterschrift ..... Datum .....