

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