



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:

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

Ergänzende Bemerkungen:.....

.....

.....

.....

Ort, Datum: .....

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

.....