

## GESUNDHEITSBESCHEINIGUNG

**Name :**

**Vorname :**

**geboren am :**

Aufgrund der vom unterfertigten Arzt durchgeführten ärztlichen Untersuchung wird bestätigt, dass sich obengenannter Antragsteller in gutem Gesundheitszustand befindet und keine Kontraindikationen für die Ausübung von Sporttätigkeiten (Taekwondo) aufweist.

***DER ARZT***

(Stempel und Unterschrift)

Datum \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

## GESUNDHEITSBESCHEINIGUNG

**Name :**

**Vorname :**

**geboren am :**

Aufgrund der vom unterfertigten Arzt durchgeführten ärztlichen Untersuchung wird bestätigt, dass sich obengenannter Antragsteller in gutem Gesundheitszustand befindet und keine Kontraindikationen für die Ausübung von Sporttätigkeiten (Taekwondo) aufweist.

***DER ARZT***

(Stempel und Unterschrift)

Datum \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_