

# GESUNDHEITSZEUGNIS

BITTE SCHREIBEN SIE NUR IN DRUCKBUCHSTABEN

Ich, Dr. med. (Vor- und Nachname)

geboren in (Stadt und Land)

am (TT / MM / JJJ)

 /  / 

mit Praxis in (vollständige Adresse)

Telefon

 / 

erkläre hiermit, dass sich Herr / Frau

geboren in (Stadt und Land)

am (TT / MM / JJJ)

 /  / 

wohnhaft in (vollständige Adresse)

Identitätsnachweis (*Art des Dokuments*)

Nr.

auf der Grundlage der klinischen Untersuchung und den entsprechenden durchgeführten Feststellungen, im Zustand guter Gesundheit befindet und keine Anzeichen aufweist, die gegen die Durchführung der agonistischen Leistung eines Marathons sprechen würden.

Das vorliegende Zertifikat ist gültig bis (TT / MM / JJJ)

 /  / 

*Das Ablaufdatum dieses Zertifikats darf nicht vor dem 30/04/2015 liegen.*

Datum (TT / MM / JJJ)

 /  / 

**Unterschrift und  
Stempel des Arztes**