|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Schwimmwart:Marcel WeinmannEmail / Internet:Schwimmwart@SC-Neustadt.de [www.SC-Neustadt.de](http://www.sc-neustadt.de/) |
|  | Ihr Schreiben |  |
|  | Unser Zeichen | MW |
|  | Datum | 19.09.2020 |

**Liebe Eltern, liebe SchwimmerInnen**

**die Sportgesundheit, d.h. die Trainings- und Wettkampfteilnahme, muss durch eine jährliche ( sportärztliche ) Untersuchung und eine entsprechende ärztliche Bestätigung nachgewiesen werden.**

**Unabhängig davon, dass eine solche Untersuchung in ihrem / eurem eigenem Interesse erfolgen sollte und ihrer / eurer Sicherheit dient, wird dieser Nachweis auch durch die Wettkampfbestimmungen ( WB AT § 8 ) des Deutschen Schwimmverbandes gefordert.**

**Diese Bestätigung ist ein Jahr gültig und muss anschliessend erneuert werden.**

**Ohne eine vorliegende, gültige ärztliche Bestätigung können keine Meldungen zu Wettkämpfen erfolgen.**

**Ich bitte Sie / Dich die Seite zwei auszudrucken und dem untersuchenden Arzt zur Bestätigung der Sportgesundheit vorzulegen.**

**Mit sportlichen Grüssen**

***Marcel Weinmann***

****

**Ärztliche Bestätigung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse

wurde heute von mir im Hinblick auf die Teilnahme am Schwimmsport untersucht.

Die Sportgesundheit, welche die Trainings- und Wettkampfteilnahme beinhaltet, wird festgestellt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift / Stempel des Arztes