



Ärztliches Attest

Der behandelnde Arzt
(Arztstempel)



bestätigt hiermit, dass der/die Judoka



.....
(Name und Vorname) (Geburtsdatum)



zum Zeitpunkt der Untersuchung wettkampftauglich für Judo ist.



.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

