



Medizinische Unbedenklichkeitsbescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass für

(Name, Geburtsdatum)

keine grundsätzliche Kontraindikation gegenüber körperlicher Aktivität besteht.

Ich befürworte ihre/seine Teilnahme an den Bewegungsangeboten von SPORTS against CANCER.

Bemerkungen:

Kontaktdaten der/des behandelnden Ärztin/Arztes:

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes)