Ärztliches Attest

Die/der behandelnde Ärztin/Arzt .....
(Arztstampiglie)

bestätigt hiermit, dass der/die SportlerIn

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

zum Zeitpunkt der Untersuchung wettkampftauglich für Judo ist.

....
(Ort, Datum) (Unterschrift)