

Ärztliches Attest

Meine Patientin/mein Patient

..... (Name),

geboren am (Geburtsdatum),

ist körperlich gesund und kann den Schwimmsport ohne Einschränkungen ausüben.

.....
Datum

.....
Unterschrift + Stempel der Ärztin/des Arztes

Erklärung zur Aufsichtspflicht der Trainer

Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass die Aufsichtspflicht des Trainers für meine Tochter/meinen Sohn

..... (Name)

vor dem Training am Beckenrand beginnt bzw. nach dem Training am Beckenrand endet.

.....
Datum

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigte