Ärztliches Attest

Ort/Datum:_____

_____kann aus ärztlicher Sicht ohne Bedenken an der Ausbildung zum/zur Übungsleiter/in C, Fachübungsleiter/in C oder Trainer/in C*, Fachrichtung _____ _____teilnehmen.
Anzeichen für eine chronische, psychische oder ansteckende Erkrankung, die der Tätigkeit als (Fach-)Übungsleiter/in oder Trainer/in* entgegenstehen würden, konnten nicht festgestellt werden.

* nicht zutreffendes bitte streichen

Anmerkungen:

Stempel/Unterschrift:

Vereinsbestätigung

Verein:_____

Wir halten Frau/Herrn _____ für geeignet, die Ausbildung als Übungsleiter/in C, Fachübungsleiter/in C oder Trainer/in C*, Fachrichtung _____ anzustreben.

* nicht zutreffendes bitte streichen

Anmerkungen (bisherige Tätigkeit im Verein etc.):

Ort/Datum:_____ Stempel/Unterschrift