

ÖSTERREICHISCHER VOLLEYBALLVERBAND

Prinz Eugen-Straße 12
Tel.: +43 (1) 7294190-0
<http://www.volleynet.at>

- 1040 Wien
- Fax: +43 (1) 7294190-601
- office@volleynet.at



FAMILIENNAME:	
VORNAME:	
GEBURTSDATUM:	STAATSBÜRGERSCHAFT:

Der zu untersuchende Athlet / die zu untersuchende Athletin wird unter herausfordernden und anspruchsvollen Bedingungen bzw. hoher physischer Beanspruchung, die bis zu 3 Stunden dauern kann, körperlich aktiv sein.

Hiermit bestätige ich, dass der oben angeführte Spieler / die angeführte Spielerin nach meinem Kenntnisstand und nach einer allgemeinmedizinischen Untersuchung in bester Gesundheit ist und imstande, mit jeglichen Transportmitteln zu reisen und an Volleyballwettkämpfen teilzunehmen.

UNTERSUCHUNGSDATUM	NAME des untersuchenden ARZTES	UNTERSCHRIFT und STEMPEL des untersuchenden ARZTES

UNTERSCHRIFT des SPIELERS / der SPIELERIN