



Ärztliches Attest

Name, Vorname: _____

Straße,
Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum, -ort: _____

Die Sporttauglichkeit von [Name, Vorname] _____
(Personalien siehe oben) ist gegeben.

Es bestehen in medizinischer Hinsicht keine Bedenken bezüglich einer Teilnahme an den sportpraktischen Einheiten des Zertifikatsstudiengangs „DSHS Personal Trainer*in“.

Datum

Unterschrift **und** Stempel mit Anschrift der Ärztin/des Arztes