

(Arzt: Name, Anschrift)

.....

(Ort, Datum)

Ärztliches Attest

Wir bestätigen hiermit dass der/die PatientIn

..... geb.

(Name)

(Geburtsdatum)

geistig und körperlich geeignet ist, an Jiu Jitsu Wettkämpfen teilzunehmen.

.....

(Unterschrift Arzt, Stempel)