

## ARZTZEUGNIS

Der Unterzeichnende Arzt : \_\_\_\_\_

Gibt hiermit an

Frau    Herrn : \_\_\_\_\_

Geboren am *(tt/mm/jjjj)* : \_\_\_\_\_

Nach den Vorgaben der Ärztlichen Untersuchung von Swiss Olympic untersucht zu haben.

**und dabei keine Kontraindikation zur Ausübung des wettbewerbsmässigen Rugbysports gefunden zu habe.**

Datum *(tt/mm/jjjj)* : \_\_\_\_\_

**Unterschrift und Stempel des Arztes:**