

# Ärztliche Bestätigung Pararudern

Deutscher Ruderverband



Adressfeld für Fensterbriefumschlag

An  
Deutscher Ruderverband  
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10  
  
30169 Hannover

Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10  
30169 Hannover

E-Mail [aktivenpass@rudern.de](mailto:aktivenpass@rudern.de)  
Internet [www.rudern.de](http://www.rudern.de)

## Athletin/Athlet

Name

Vorname

Geburtsdatum

weiblich

männlich

## Verein bzw. Schule

DRV-Mitgliedsnummer (falls bekannt)

Der unterzeichnende Arzt / die unterzeichnende Ärztin hat den oben aufgeführten Athleten bzw. die Athletin ärztlich untersucht und bestätigt, dass der Athlet / die Athletin gesundheitlich in der Lage ist, Ruderwettkämpfe wie folgt zu bestreiten:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Stempel des Arztes/der Ärztin:

## Aktivendatenbank

Wir bitten um Aufnahme in die Aktiven-Datenbank für die Saison

Aktiven-Nummer  
(soweit bereits vergeben):

Ort, Datum

Unterschrift Athlet /Athletin

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift Vereinsvorstandsmitglied

Vereinsstempel