

Bescheinigung über die sportärztliche Tätigkeit im Sportverein oder Sportverband

für Frau/Herrn Dr. med.

wohnhaft

Betreute Sport- oder Trainingsart *:

Betreute Sportler bzw. Sportgruppen *:

Art der sportärztlichen Betreuung *:

Zeitraum der sportärztlichen Betreuung *:

Stundenzahl der sportärztlichen Betreuung*:

Pro Woche: _____Stunden

Insgesamt: _____Stunden

Stempel/Unterschrift Sportverein/Sportverband

Unterschrift Weiterbildungswilliger

Ort, Datum

Ort, Datum

*siehe Merkblatt