



Ärztliche Bestätigung zur Teilnahme an Karate-Wettkämpfen

Name des Sportlers:

Geburtsdatum:

Ich bestätige hiermit, dass aus medizinischer Sicht keine Einwände dagegen bestehen, dass der vorbezeichnete Sportler an Karate-Wettkämpfen nach den in Österreich geltenden Wettkampfgeln des Österreichischen Karatebundes teilnimmt.

Ort , Datum

Unterschrift, Stampiglie des Arztes

Österreichischer Karatebund - Dr. Adolf Schärf Straße 25 - 3100 St. Pölten Telefon und Fax: +43 - 2742 258 794 -
www.karate-austria.at ZVR: 720004573 DVR: 1038869

