

## Gesundheitsnachweis

Unser/e Sohn / Tochter \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Es besteht eine Mitgliedschaft beim Dresdner Delphine e.V..

Mitgliedschaft seit \_\_\_\_\_

Mit der Mitgliedschaft besteht Versicherungsschutz und Beitragspflicht.

Unser/e Sohn / Tochter wird an einem regelmäßigen Trainings- und Wettkampfbetrieb im Dresdner Delphine e.V. teilnehmen.

Wir verpflichten uns, den Gesundheitsnachweis **einmal jährlich** zu erbringen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

### Arztnachweis:

	Datum	Bemerkung des Arztes	Stempel / Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			