



Gesundheitsnachweis

Name _____ Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Postleitzahl _____ Ort _____

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

Bitte senden Sie den unterschriebenen Nachweis an gesundheitsnachweis@dresdner-delphine.de

