

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.			