



## Ärztliches Attest

Der behandelnde Arzt .....  
(Arztstempel)



bestätigt hiermit, dass der/die Judoka



.....  
(Name und Vorname) (Geburtsdatum)



zum Zeitpunkt der Untersuchung wettkampftauglich für Judo ist.



.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

