

ARZTZEUGNIS

(Per E-mail an die FSR zu schicken : fsr@suisserugby.com)

Der Unterzeichnende Arzt : _____

Gibt hiermit an

Frau Herrn : _____

Geboren am *(tt/mm/jjjj)* : _____

Nach den Vorgaben der Aertzlichen Untersuchung von Swiss Olympic untersucht zu haben.

und dabei keine Kontraindikation zur Ausübung des wettbewerbsmässigen Rugbysports gefunden zu habe.

Datum *(tt/mm/jjjj)* : _____

Unterschrift und Stempel des Arztes: