



## Ärztliches Attest

Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

ist aus medizinischer Sicht tauglich für:

Rettungsschwimmen mit/ohne Einsatz  
Wildwasserschwimmen mit/ohne Einsatz  
Gerätetauchen mit/ohne Einsatz

(nicht Zutreffendes streichen)

Stempel, Unterschrift  
Untersuchender Arzt

Ort, Datum  
gültig: 1 Jahr

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

