



## 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)

