
Medizinische Untersuchung und Beurteilung aller Kinder/Jugendlichen von 6-16 Jahren.

Persönliche Daten:

Nachname:

Geb.Datum:

Vorname:

Vers.Nr.:

Adresse:

Krankenkasse:

Ich bestätige, dass die untersuchte Person fit ist, um an
Motorradrennveranstaltungen teilzunehmen. Gültig bis 31.12.2025

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ich, der gesetzliche Vertreter, bin mit der Teilnahme meines Kindes
an Motorradrennveranstaltungen einverstanden.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Name in Blockschrift
