

ÄRZTLICHES ATTEST

Ich, der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin,
bestätige, dass ich Frau / Herrn,
geboren am, in,
am untersucht habe und keinerlei offensichtliche klinische
Anzeichen feststellen konnte, die gegen die Teilnahme an einem Dauerlauf-
Wettbewerb sprechen würden.

Ausgestellt in, Datum

STEMPEL DES ARZTES:

UNTERSCHRIFT: