

Bestätigung zur Erkrankung / Spielunfähigkeit

für : Vorrunde Saison _____
 Rückrunde / _____

der Spielerin : _____
 des Spielers : _____

Damen Herren Mädchen Jungen

Vereinsname: _____

Ranglistenplatz: _____ Pass-Nr. : _____

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES VEREINS

Bestätigung des Arztes

hiermit bestätige ich, dass _____ geboren: _____

in der Zeit vom _____ bis _____ aufgrund einer Verletzung / Erkrankung, aus
 medizinischer Sicht nicht am Spielbetrieb ihres / seines Tischtennisvereins teilnehmen konnte.

Ab _____ kann sie / er wieder am Spielbetrieb teilnehmen.

Name des Arztes: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT UND STEMPEL DES ARZTES