

SPORTÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG NATIONALKADER

Datum: 8. Oktober 2026

Version: 1.0

SPORTÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

JÄHRLICHER SELEKTIONSTEST

AUFNAHME IN DEN NATIONALKADER ROCK'N'ROLL-AKROBATIK

Dieses Formular ist von der Athletin bzw. dem Athleten ausgefüllt und mit der ärztlichen Bestätigung zum Selektionstest mitzubringen. Die sportärztliche Untersuchung muss im aktuellen Kalenderjahr erfolgt sein.

1. ANGABEN ZUR ATHLETIN / ZUM ATHLETEN

Von der Athletin bzw. vom Athleten auszufüllen.

Vor- und Nachname

Adresse

Verein

E-Mail

Telefon

2. ANGABEN ZUR SPORTÄRZTIN / ZUM SPORTARZT

Von der Arztpraxis auszufüllen.

Praxisname

Name der Ärztin / des Arztes

Praxisadresse

E-Mail

Telefon

3. SPORTÄRZTLICHE BEURTEILUNG

Von der Sportärztin bzw. vom Sportarzt auszufüllen.

Datum der sportärztlichen Untersuchung _____

Auf Grundlage der im aktuellen Kalenderjahr durchgeführten sportärztlichen Untersuchung bestätige ich (bitte genau eine Option ankreuzen):

- ☐ Die Athletin / der Athlet ist für den Leistungssport in der Rock'n'Roll-Akrobatik **uneingeschränkt geeignet**.
- ☐ Die Athletin / der Athlet ist für den Leistungssport in der Rock'n'Roll-Akrobatik **bedingt geeignet** (Erläuterung auf Nachfrage).
- ☐ Die Athletin / der Athlet ist für den Leistungssport in der Rock'n'Roll-Akrobatik **nicht geeignet**.

Freiwillige Bemerkungen der Sportärztin / des Sportarztes:

4. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT

Name der Ärztin / des Arztes _____

Datum _____

Unterschrift _____