

ÖSTERREICHISCHER RUGBY VERBAND
ALTERSKRITERIEN FORMULAR
BESTÄTIGUNG ARZT



Ich (Name).....

als praktizierender Arzt bestätige hiermit dass ich die Anforderungen an den Bewegungsapparat von Jugendlichen zur Teilnahme an Rugby Spielen im Erwachsenenbereich verstehe.

Ich bestätige das der Spieler (Name).....

durch meine eingehende Untersuchung des Bewegungsapparats, im Stande ist an Rugbyspielen im Erwachsenenbereich teilzunehmen.

Unterschrift und Stempel:

Datum :