

**Bescheinigung über die sportärztliche Tätigkeit im Sportverein oder Sportverband**

für Frau/Herrn Dr. med.

---

wohnhaft

---

**Betreute Sport- oder Trainingsart \*:**

---

---

**Betreute Sportler bzw. Sportgruppen \*:**

---

---

**Art der sportärztlichen Betreuung \*:**

---

---

**Zeitraum der sportärztlichen Betreuung \*:**

---

---

**Stundenzahl der sportärztlichen Betreuung\*:**

**Pro Woche: \_\_\_\_\_ Stunden**

**Insgesamt: \_\_\_\_\_ Stunden**

---

Stempel/Unterschrift Sportverein/Sportverband

---

Unterschrift Weiterbildungswilliger

---

Ort, Datum

---

Ort, Datum

\*siehe Merkblatt