

**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