

An die
Direktion der Sportmittelschule Waidhofen/Ybbs
Hauptplatz 17a
3340 Waidhofen



BESTÄTIGUNG DES (SCHUL)ARZTES

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken hinsichtlich einer Teilnahme des
Schülers / der Schülerin _____,
geb.am _____, am Unterricht in einer Sportklasse bzw. der
Ablegung eines sportmotorischen Aufnahmetests an der Sportmittelschule
Waidhofen/Ybbs.

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und Unterschrift
des (Schul)arztes