

(Anschrift des Arztes)

Ärztliches Zeugnis (nicht älter als 4 Wochen)

für Bewerber des Deutschen Rettungsschwimmabzeichens

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Funktion von Herz und Kreislauf: _____

Einfache Sehprüfung: _____

Einfache Hörprüfung: _____

Prüfung des
Gleichgewichtssinnes: _____

Unversehrtheit der Trommelfelle: _____

Es bestehen keine Einwände gegen die Ablegung der Prüfungen für das „Deutsche Rettungsschwimmabzeichen“.

_____, den _____

Arztstempel

Unterschrift des Arztes