



MEDIZINISCHE EIGNUNG



Hiermit unterzeichne ich,

Name des Arztes:

Adresse / PLZ - Ort:

Telefon:

dass nach erfolgter Prüfung

Herr / Frau

Adresse / PLZ-Ort:

Geburtstag:

keine Kontraindikationen vorliegen, die gegen eine Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr sprechen.

.....
Ort, Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes



MEDICAL CERTIFICATE

I undersign,

Name of the doctor:

Adress / Post-Code:

Tel:

certifies having examined

Mr./Mrs.

Adress / Post-Code:

Birthday :

who do not show any contraindication to participate to an event on open roads.

.....
Adress, Stamp, Signature of the doctor