



## 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

