

Anschrift des Arztes:

.....
.....
.....
.....
.....

Ärztliches Zeugnis

(nicht älter als 4 Wochen)

für Bewerber des Deutschen Rettungsschwimmabzeichen

Name, Vorname:

Geboren am:

Funktion von Herz und Kreislauf:

Einfache Sehprüfung:

Einfache Hörprüfung:

Prüfung des Gleichgewichtsinnes:

Unversehrtheit der Trommelfelle:

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

....., den

Arztstempel

.....

Unterschrift des Arztes