Private Praxis für Sportmedizin
von Dr. Vincenzo De Nigris

VOLLMACHT ZUR TEILNAHME AN DER ÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

Ich, der/die Unterfertigte _____,

Inhaber/in der elterlichen Sorge für das Kind

_____

Da ich nicht in der Lage bin, mich zur SPORTMEDIZINISCHEN AMBULANZ zu begeben

bevollmächtige ich

Frau/Herr_____

in meinem Namen bei der ärztlichen Untersuchung anwesend zu sein, der sich mein Sohn/meine Tochter unterziehen wird, um die Eignung für die Ausübung des Sports festzustellen

Datum_____ Unterschrift _____

ACHTUNG: FÜGEN SIE EINE KOPIE EINES GÜLTIGEN AUSWEISES DER PERSON BEI, DIE DIE ELTERLICHE VERHÄLTNISSE AUSÜBT.