



Handballkreis
EUREGIO - Münsterland e.V.

Ärztliche Bescheinigung

Die Person _____ kann/konnte aufgrund einer Krankheit/Verletzung nicht
am _____ am Wettkampfsport teilnehmen.

(Datum/Unterschrift Arzt)

Arzt (in Druckbuchstaben oder Stempel)

Name _____

Strasse _____

Ort _____