

ÄRZTLICHES ATTEST

ZU- und VORNAME:.....

GEB.DATUM:

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken, dass die Schülerin/der Schüler die Ausbildung an der SPORTMITTELSCHULE Steyr (SMS), Taschelried 1, 4400 Steyr, absolviert.

DATUM:

UNTERSCHRIFT:

STEMPEL: