



# **ÖSTERREICHISCHER**

## **Sportkegel- und Bowlingverband**

### **Ärztliches Attest**

Der unterzeichnete Arzt bestätigt:

Spielerpass-Nr.:

/
---

Der / Die Aktive ..... Geb.Datum: .....

ist für den Wettkampfsport in

Bowling

Sportkegeln

geeignet

nicht geeignet

..... am, .....

.....  
Arzstampiglie und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Zu senden an den zuständigen Passreferenten des jeweiligen Landesverbandes**