



HANDBALL OBERÖSTERREICH

Waldeggstraße 16, 4020 Linz
email: office@ooehandball.at -- Mobil: 0650/5000 257
ZVR-Zahl: 113833021

Teilnahme von Jugendspielern/-spielerinnen in einer Kampfmannschaft lt. § 1.6.1 und § 9.1.3 der ÖHB-Bestimmungen:

Arztbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass aus ärztlicher Sicht keinerlei Bedenken und Einschränkungen bestehen,
dass der/die

Sportler/in _____, geboren am _____,
Vor- und Nachname (in Blockschrift) Tag / Monat / Jahr

in Kampfmannschaften eingesetzt werden kann.

Vom OÖHV wird in diesem Fall im nu-Passwesen die Kampfmannschaftsberechtigung freigegeben.

Ort und Datum

Unterschrift & Stempel des Arztes

*Diese Bestätigung ist für eine Dauer von 60 Tagen gültig. Wird die Spielberechtigung nicht innerhalb
dieser Frist beantragt, erlischt die Gültigkeit.*
