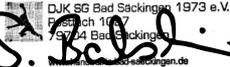


**Unterschriften**

\_\_\_\_\_  
Spieler/in

\_\_\_\_\_  
Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ärztin/Arzt (+ Stempel) \*

  
*S. Balz*  
\_\_\_\_\_  
Verein (+ Stempel)

**Für das Doppelspielrecht wird eine Bestätigung vom Hausarzt benötigt. Die entstehenden Kosten werden vom Verein erstattet gegen Vorlage der Rechnung!**