

An die Bundessportakademie Linz Auf der Gugl 30 4020 Linz

Ärztliches Attest

Vor- und Zuname:	Sozialversicherungnr.:
<u> </u>	eute in meiner Ordination untersucht und besitzt die Belastung für den Kurs zum*r
	ende und chronische Erkrankungen konnte nicht erbracht ngen müssen aus Haftungsgründen angegeben werden!
 Datum	 Unterschrift/Stempel