



Ärztliche Bestätigung (Hausarzt)

für das Schwimmjahr 20__/__

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Geschlecht: _____

Straße/Hausnummer: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Der/Die Sportler/in ist für die Ausübung des wettkampfmäßigen Schwimmsports tauglich.

Datum

Arztstempel und Unterschrift

**Ich stimme ausdrücklich der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der oben genannten Daten sowie weiterer schwimmspezifischer Informationen (auch deren Veröffentlichung) über meine Person (Vereinsmeldungen, Schwimmensätze, u.ä.) zu Zwecken der Mitgliederverwaltung und der Führung des Vereinsbetriebes zu.
Weiters stimme ich der Übermittlung der oben angeführten Daten zu Marketingzwecken an Partner des OSV zu.**

Ich bin mir bewusst, dass ich den Schwimmsport auf mein eigenes Risiko ausübe und ich meine gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Schwimmsports selbst überprüfen lassen und verantworten muss.

Datum, eigenhändige Unterschrift des Schwimmers

Unterschrift des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen
(bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)