



**Ärztliche Untersuchung
anlässlich des Eignungstests für die Aufnahme in den
Leistungssport – Unterstufen – Zweig (LRG)
in das Leistungssportrealgymnasium Reithmannstraße**

Aus ärztlicher Sicht gibt es keine Vorbehalte gegen eine Teilnahme von

_____ , _____ , _____

Vorname

Nachname

geboren am

an der sportlichen Eignungsprüfung zur Aufnahme am Leistungssportrealgymnasium
Reithmannstraße.

Name des Arztes:

Stempel

Datum

Unterschrift