

Bestätigung Gesundheitscheck *doo it*

Name geboren am	Datum
--------------------------------------	--------------

Der/die Antragsteller/in ist

- für das Training im Fitnesszentrum geeignet;
- für das Training im Fitnesszentrum geeignet, soll aber nicht ohne Anwesenheit einer zweiten Person trainieren;
- derzeit aus medizinischen Gründen nicht für das Training im Fitnesszentrum geeignet.

Sonstige Bemerkungen:

Arzt