

## C Bescheinigung über die sportärztliche Tätigkeit im Sportverein

für Frau/Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_

aus \_\_\_\_\_

1. Betreute Sport- oder Trainingsarten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Betreute Sportler- bzw. Sportlergruppe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Art der sportärztlichen Betreuung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Zeitraum der sportärztlichen Betreuung (insgesamt abgeleistete Stundenzahl): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Mindeststundenzahl 90, Mindestbetreuungszeit 1 Jahr, Betreuung von mindestens 3 Gruppen von Sportlern auf mindestens 3 Gebieten. Siehe Ausführungsbestimmungen der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

(Stempel des Vereins)

\_\_\_\_\_  
1. Vorsitzender des Vereins