



Ausbildung zum Salzburger Canyoningführer

(gemäß Salzburger Bergsportführergesetz, § 10)



ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

(Die ärztliche Bestätigung ist bei der Eignungsprüfung vorzulegen.)

MEDICAL CONFIRMATION

(This medical certificate must be presented at the qualifying examination)

NAME & VORNAME Last Name & First Name					
STRASSE Street					
PLZ Zipcode		ORT City		LAND Country	
GEBURTSDATUM Date of Birth		SV-Nr. Social Security Number			
TELEFON Telephone		MAIL Email			

Die oben angegebene Person wurde nach sportmedizinischen Kriterien untersucht. Aus medizinischer Sicht besteht keine Kontraindikation zur Teilnahme an allen Ausbildungskursen zum Salzburger Canyoningführer.

Die oben genannte Person ist voll belastbar, es besteht derzeit kein Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

The person indicated above has been examined according to sports medical criteria. From a medical point of view there is no contraindication to participate in all training courses to become a Salzburg Canyoning Guide. The above-named person is fully able to work under pressure, and there is currently no indication of an acute or chronic illness.

Datum
Date

Unterschrift und Stempel des Arztes
Signature and Stamp of physician

(WICHTIG! Dieses Attest darf am Tag des Eignungstests nicht älter als 3 Monate sein!)
(IMPORTANT! This certificate must not be older than 3 months on the day of the qualification test!)