



WSV Liezen – Sektion Boxen

Ärztliche Bestätigung

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr/Frau: _____

Geboren am: _____

körperlich und geistig gesund ist und sich somit in der Lage befindet, am
Boxtraining des WSV – Liezen teilzunehmen.

Ort, Datum

Arzt Stempel, Unterschrift