



# Ausbildung zum Salzburger Canyoningführer

(gemäß Salzburger Bergsportführergesetz, § 10)



## ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

*(Die ärztliche Bestätigung ist bei der Eignungsprüfung vorzulegen.)*

NAME \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

PLZ, ORT, LAND \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM, SVNr. \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift und Stempel des Arztes*

*(WICHTIG! Dieses Attest darf am Tag des Eignungstests nicht älter als 3 Monate sein!)*