

Vereinsname : .....

Tel. pr. : .....

Vors. / Abt.-Leit. : .....

Fax pr. : .....

Straße : .....

Tel. d. : .....

PLZ / Ort : ..... den, .....

E-mail : .....

Sportwart Kreis Bayreuth  
**Herrn Gerhard Nidetzky**  
Fassoldshof 8  
**95336 Mainleus**



## Bestätigung / Attest

zur  
**Erkrankung / Spielunfähigkeit**

in der  Vorrunde /  Rückrunde

Name / Vorname  
Spieler / Spielerin : .....

Herren  Damen  Jungen  Mädchen

Vereinsname : .....

Position in Mannschaftsmeldung : .....

Stempel und Unterschrift des Vereins

### Bestätigung des Arztes :

hiermit bestätige ich, dass ..... geb. am : .....

in der Zeit vom ..... bis ..... aufgrund einer Erkrankung / Verletzung, aus  
medizinischer Sicht nicht am Spielbetrieb seines / ihres TT-Vereines / -Abteilung teilnehmen konnte.

Am Spielbetrieb kann er / sie voraussichtlich wieder teilnehmen ab : .....

Name des Arztes : .....

Straße : .....

PLZ / Ort : .....

..... den, .....  
Ort Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes