

# Medizinische Untersuchung und Beurteilung aller Kinder/Jugendlichen unter 18 Jahren

Gilt analog den OSK-Richtlinien 6 Monate ab Ausstellungsdatum

Persönliche Daten:

Nachname:	Geb.Datum:
Vorname:	Vers.Nr.:
Adresse:	Krankenkasse:

Ich bestätige, dass die untersuchte Person fit ist, um an Motorradrennveranstaltungen teilzunehmen.

Datum:

**Unterschrift und Stempel des Arztes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich, der gesetzliche Vertreter, bin mit der Teilnahme meines Kindes an Motorradrennveranstaltungen einverstanden.

Datum:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_