Ärztliche Bestätigung

bei

Name:	Vorname:
Straße – Nr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	

bestehen für die Durchführung eines selbständigen Krafttrainings an Geräten (Schnell Synchro Gerätezirkel) im Geräteraum der Firma Infineon Technologies AG (Regensburg) keine gesundheitlichen Bedenken.

Ich kann die Geräteeinweisung und das anschließende, selbstständige Training von oben genannter Person empfehlen.

_____ _____

Datum

Stempel, Unterschrift des behandelnden Arztes (z.B. Hausarzt/-ärztin)

Bitte bringen Sie diese Bestätigung zum Termin der Geräteeinweisung ausgefüllt und von Ihrem Arzt unterschrieben mit!