



24. – 26.07.2020

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____
geboren am _____ körperlich gesund ist und ärztlicherseits keine
Einwände für eine Teilnahme am Ultra-Triathlon vorliegen.

Datum, Unterschrift des Arztes

Datum, Unterschrift des Athleten

This document confirms that Mr./Mrs. _____
born on _____ is physically healthy. In my professional opinion as a
medical doctor he/she does not present signs of any significant health issues
and is therefore able to participate in an Ultra Triathlon.

Date, Signature Medical Doctor

Date, Signature Athlete

Das Dokument muss nur in einer Sprache ausgefüllt werden und ist für den Double & Triple gültig.
You only need to fill out the form in one language. The document is valid for Double & Triple.