

Doktersattest



Basisgroep TKG:.....

TURNKRING GERAARDSBERGEN GYMNASIEKFEDERATIE

MEDISCH ATTEST 20... - 20... (5 jaar geldig)

Ondergetekende, geneesheer

.....

verklaart dat

.....

geboren te.....op..... en

wonende te.....

.....

Medisch geschikt is om de TURNSPORT te beoefenen.

Te.....op.....

Stempel en handtekening van de geneesheer

.....