DRS Geschäftsstelle
Friedrich-Alfred-Str. 10 · 47055 Duisburg
Fon 0203/7174-182 · Fax 0203/7174-181
www.rollstuhlsport.de

DRS
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e.V.

Bescheinigung der Sportgesundheit (nicht älter als 12 Monate)

(Certificate of sportive healthconditions for official sportevents) (no older than 12 months)

Name des Athleten/Name of the athlete: _____

Behinderung/disability (ggf. Angabe der Lähmungshöhe)

_____

Kontraindikation für Leistungssport/contraindication of competitive sports_____

_____

Keine Einschränkung der Sporttauglichkeit/no limitation of sports fitness

_____

Ort, Datum/Place and Date — Unterschrift/Signature, – Stempel/stamp of doctor

Sporttauglichkeit für/sports fitness for:

Datum/date								
	Ja/Yes	Nein/No	Ja/Yes	Nein/No	Ja/Yes	Nein/No	Ja/Yes	Nein/No
Badminton/badminton								
Basketball/basketball								
Handbike/handbike								
Bogenschießen/archery								
Breitensport/sports for all								
Fechten/fencing								
Gewichtheben/powerlifting								
Leichtathletik/athletics								
Rugby/rugby								
Schwimmen/swimming								
Sportschießen/shooting								
Sledgeeishockey/sledgehockey								
Tanzen/dancing								
Tennis/tennis								
Tischtennis/table tennis								
Elektro-Rollstuhl Hockey/								
electric wheelchair hockey								
Rollhockey/wheelchair hockey								
Wintersport/winter sports								
AG Kart/cart								
AG Tauchen / diving								
AG Wasserski/water ski								
AG Curling / curling								
AG Boccia / boccia								

DRS Geschäftsstelle
Friedrich-Alfred-Str. 10 · 47055 Duisburg
Fon 0203/7174-182 · Fax 0203/7174-181
www.rollstuhlsport.de

DRS
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V.

Beiblatt zur Beantragung der DRS-Sportlizenz

Enclosed Paper of the DRS-Sportslicence

Name des Athleten/Name of the athlete _____

Kreislauf/Circulation _____

Atmung/Breathing _____

Blutdruck/Blood pressure _____

Harnwege/Urinways _____

Druckgeschwüre/Pressureulcers _____

Bemerkungen/Remarks _____

_____

_____

_____

_____

Name und Anschrift des behandelnden Arztes/Name and adress of examinating doctor

_____

_____

_____

Ort, Datum/Place and Date Unterschrift/Signature