

Schermgilde de Klauwaerts

MEDISCHE ATTEST

In te vullen door de schermer, of bij minderjarigen, door de vertegenwoordiger:

Naam: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Man Vrouw

Aansluitingsnummer bij de schermkring: _____ VSB identificatienummer(indien gekend): _____

Ik ben mij ervan bewust dat ik als sporter op elk ogenblik gecontroleerd kan worden op het gebruik van doping, en laat me dan ook hierover adviseren door arts en apotheker bij het nemen van medicatie.

Handtekening schermer of vertegenwoordiger:

In te vullen door de onderzoekende geneesheer:

Identificatie (stempel, of Naam en Adres):

De schermer wiens identiteit hierboven is vermeld werd door mij aan een geneeskundig onderzoek werd onderworpen op _____.

Dit onderzoek omvat een ondervraging van het medisch verleden, de actuele gezondheidstoestand en een algemeen klinisch onderzoek, met indien aangewezen, bijkomende onderzoeken. Ik heb advies gegeven over hygiënische levenswijze en gezond **sporten**.

Ik bevond de schermer geschikt voor sportbeoefening tijdelijk ongeschikt voor sportbeoefening

Handtekening van de onderzoekende geneesheer:

In te vullen door de schermkring:

Geldigheid 1 jaar:

- Schermer neemt deel aan selectiewedstrijden
- Schermer jonger dan 18 jaar
- Schermer ouder dan 60 jaar

Geldigheid 5 jaar (ononderbroken lidmaatschap):

Schermer 18 jaar of ouder, tot en met 60 jaar:

- Lidmaatschap seizoen ____ - ____
- Lidmaatschap seizoen ____ - ____
- Lidmaatschap seizoen ____ - ____
- Lidmaatschap seizoen ____ - ____
- Lidmaatschap seizoen ____ - ____

