

Ich erkenne die Wettkampfbestimmungen, die Rechtsordnung und die Antidopingbestimmungen des Deutschen Schwimmverbandes e.V. an.

Kreisschwimmverband  
Hannover

**Wettkampfpass**

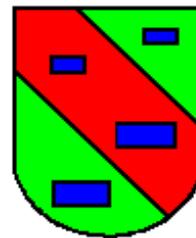
\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Aktiven**

Als gesetzlicher Vertreter stimme ich der vorstehenden Erklärung des Wettkampfpassinhabers zu.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen Aktiven**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_



Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Verein \_\_\_\_\_

**Startrecht für folgende Vereine/Startgemeinschaften**

\_\_\_\_\_

**Eintragung ärztlicher Untersuchungen**

Sportgesund

ja/nein

Sportgesund

ja/nein

Stempel/Datum

Unterschrift

Stempel/Datum

Unterschrift

Sportgesund

ja/nein

Sportgesund

ja/nein

Stempel/Datum

Unterschrift

Stempel/Datum

Unterschrift

Sportgesund

ja/nein

Sportgesund

ja/nein

Stempel/Datum

Unterschrift

Stempel/Datum

Unterschrift