

---

## Ärztliches Attest

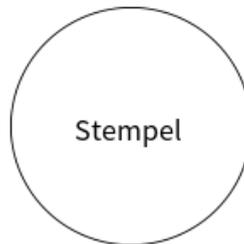
**zur Teilnahme an der sportlichen Eignungsprüfung am BORG Deutsch-Wagram**  
(die Kriterien befinden sich auf der Schulhomepage unter [www.borgdw.at/sportzweig](http://www.borgdw.at/sportzweig))

### Ärztliche Bestätigung für:

Vor- und Nachname der Schülerin bzw. des Schülers:

Geburtsdatum:

Hiermit wird bestätigt, dass für die oben genannte Schülerin bzw. den oben genannten Schüler aus ärztlicher Sicht derzeit keine offensichtlichen Bedenken hinsichtlich der Teilnahme an der sportlichen Eignungsprüfung am BORG Deutsch-Wagram bestehen.



---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin / des Arztes