

Die Ordination Dr. _____ bestätigt, dass für
den Schüler/die Schülerin _____ geb,
am _____ **keine ärztlichen Einwände** für die
Aufnahmeprüfung und spätere Aufnahme an der **Nordischen
Schmittelschule Saalfelden** bestehen.

Die genaue sportärztliche Untersuchung erfolgt nach Aufnahme an
unserer Schule von unserem Schularzt.

Ordination/Arzt

Ort/Datum