# TAUGLICHKEITSATTEST FÜR FALLSCHIRMSPRINGER

Ärztliche Untersuchungsstelle

Herr/Frau _____

geb. am ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr) wohnhaft in _____

wurde am ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tag Monat Jahr) zur Feststellung der Tauglichkeit für das Fallschirmspringen untersucht.

Ergebnis der Untersuchung:

☐ Für das Fallschirmspringen tauglich

☐ Für das Fallschirmspringen **NICHT** tauglich

Bemerkungen (nur bei Nicht-Tauglichkeit!)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____ _____

Ort, Datum | Stempel Arzt | Unterschrift Arzt