



26. – 28.07.2024

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____
geboren am _____ körperlich gesund ist und ärztlicherseits keine
Einwände für eine Teilnahme am Ultra-Triathlon vorliegen.

Datum, Unterschrift des Arztes

Datum, Unterschrift des Athleten

This document confirms that Mr./Mrs. _____
born on _____ is physically healthy. In my professional opinion as a
medical doctor he/she does not present signs of any significant health issues
and is therefore able to participate in an Ultra Triathlon.

Date, Signature Medical Doctor

Date, Signature Athlete