

## BESTÄTIGUNG ÜBER EINEN ARZT

(Muss vom Arzt ausgefüllt werden)

### PERSÖNLICHE DATEN

---

Vor- und Zuname

geboren am

---

Straße

---

PLZ/Ort

This is a Certify that the following person has met the requirements for the medical for motorbikes activities on the track.

Dies ist ein Zertifikat in dem bestätigt wird, dass die oben genannte Person aus medizinischer Sicht fähig ist, an motorsportlichen Aktivitäten, auf einer Rennstrecke teilzunehmen.

---

Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes