



www.LaufFreude.Berlin

Ärztliches Attest

Vorname:

Name:

Geboren am:

in:

Anschrift:

wurde heute von mir eingehend untersucht.

Hiermit bescheinige ich, dass aus ärztlicher Sicht keine gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen, die die Teilnahme an einer Lauftherapie (16 einstündige Trainingstermine in acht Wochen mit Gehen und langsamen Laufen im Wechsel) nicht ermöglichen.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Praxisstempel: