



Ärztliche Bestätigung
zur Vorlage beim Schiedsrichterkollegium des StFV.

Es wird bestätigt, dass

Herr/Frau _____ geboren am: _____

die körperliche sowie gesundheitliche Eignung für die allgemeinen Anforderungen eines Fußballschiedsrichters des Steirischen Fußballverbandes besitzt.

Datum

Arztstempel u. Unterschrift

Ich (Name des Schiedsrichters/der Schiedsrichterin), _____ bestätige mit meiner Unterschrift, meine schiedsrichterliche Tätigkeit auf eigenes Risiko auszuüben und die medizinischen Untersuchungen für die Feststellung der Tauglichkeit zur Ausübung des Amtes eines Fußballschiedsrichters selbst vorzunehmen.

Ich verpflichte mich darüber hinaus bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres durch ärztliche Untersuchungen selbst abzuklären, ob meine körperliche und gesundheitliche Eignung für die Tätigkeit als Fußballschiedsrichter des StFV gegeben ist.

Ab dem 70. Lebensjahr ist diese Bestätigung unbeschadet obiger Verpflichtungen dem Schiedsrichterkollegium des StFV jährlich - zu Jahresbeginn - vorzulegen.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des/der Kollegen/Kollegin

Bei minderjährigen Schiedsrichter/innen (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) bestätigt der gesetzliche Vertreter bzw. Erziehungsberechtigte mit seiner Unterschrift, dass er mit den angeführten Bestimmungen einverstanden ist.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
bzw. des Erziehungsberechtigten
(bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)