



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

Erklärung

Ich (Name des Schiedsrichters/der Schiedsrichterin), _____ bestätige mit meiner Unterschrift, meine Tätigkeit als Fußballschiedsrichter auf eigenes Risiko auszuüben und die medizinischen Untersuchungen für die Feststellung der gesundheitlichen Eignung für die Schiedsrichter-Tätigkeit selbst vorzunehmen.

Weiters anerkenne ich die Statuten, Bestimmungen, Reglemente, Richtlinien, Beschlüsse und Anordnungen der FIFA, der UEFA, des ÖFB und der Verbände, sowie die vom International-Football-Association-Board erlassenen Spielregeln.

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)