

\_\_\_\_\_  
(Datum)

## Ärztliche Bescheinigung

Aufgrund des Untersuchungsergebnisses wird bescheinigt, daß

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift: PLZ, Ort, Straße, N r . )

aus gesundheitlichen Gründen von der Helmtragepflicht auf

\_\_\_\_\_ Jahre / Dauer zu befreien ist.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel des Arztes)