

Anmeldeformular „sportärztliche Untersuchung“

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Wohnort:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Verein/Sportart:

Swissolympic

Medical Center/Base: ☐ Birshof (Partner) ☐ Altius ☐ Rennbahn ☐ Crossklinik

Krankenkasse:

Datum / Unterschrift:



Bei allfälligen Fragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 061 267 57 41
gerne zur Verfügung.

Bitte einsenden an:
Sportamt Basel-Stadt
Sandro Penta
Leiter Leistungssport- und Nachwuchsförderung
Grenzacherstrasse 405
4058 Basel