



ARZTBESTÄTIGUNG

Späentwickler

Saison 2017/2018

Spielerangaben

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Clubangaben

Club _____

Mannschaft _____

Name Headcoach _____

Datum Untersuchung _____

Jahrgang	Spielberechtigung zur Stufe	Grösse (in cm)	Gewicht (in kg)
2000	Novizen		
2002	Mini		
2004	Moskito		
2006	Piccolo		

Ort / Datum _____

Stempel und Unterschrift Arzt _____

ENTSCHEID SIHF

- Gemäss Reglement als Späentwickler spielberechtigt
- Die Kriterien als Späentwickler sind nicht erfüllt

Datum _____

Zertifiziert durch _____

Kriterien zur Spielberechtigung als Späentwickler

Jahrgang	Grösse (cm)	Gewicht (kg)
2006	≤ 138	≤ 29
2004	≤ 148	≤ 36
2002	≤ 162	≤ 46
2000	≤ 171	≤ 54