

# Antragsformular „Medizinische Betreuung“

Name: .....

Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ/Wohnort: .....

Telefonnummer: .....

Verein/Sportart: .....

Schule/Klasse: .....

Gewünschter Arzt: .....

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