

Ärztliche Bescheinigung für die Teilnahme am Schulsport

Für die/den Schüler(in) _____ geb. am

Für die Zeit vom bis empfehle ich die folgende differenzierte Teilnahme am Schulsport.

Dabei sind folgende Belastungen / Sportarten

zu vermeiden

besonders zu empfehlen

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwimmen (generell) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tauchen, Sprünge ins Wasser _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ausdaueranforderungen (z.B. Dauerläufe) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schnelligkeitsanforderungen (z.B. Anläufe, Sprints) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sprunganforderungen (z.B. Absprünge, Landungen) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Kraftanforderungen (welche Muskelgruppen: _____) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gelenkigkeitsanforderungen (welche Gelenke: _____) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mannschaftssport (Kontaktsport) _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eine Allergen-/Reizexposition von: _____ Sportförderunterricht zum Ausgleich von: _____ | <input type="checkbox"/> |

Weitere Vorschläge und Empfehlungen:

Eine –vorläufige- Vollfreistellung sollte vom bis erfolgen. Eine Nachuntersuchung ist für den vorgesehen.

Name der Schule bzw. Schulstempel

Datum: _____

Bitte um
Rücksprache
mit dem Arzt

Sportlehrer(in) bzw. Schulleiter(in)

Arztstempel und Unterschrift