

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

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

☐ 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