

# 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