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

erstellt auf der Grundlage des empfohlenes Formblatts der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.