

# Ärztliche Bescheinigung für die Teilnahme am Schulsport

Für die/den Schüler(in) \_\_\_\_\_ geb. am Á \_\_\_\_\_

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 Á \_\_\_\_\_ erfolgen. Eine Nachuntersuchung ist für den Á \_\_\_\_\_ vorgesehen.

Name der Schule bzw. Schulstempel

Datum: Á \_\_\_\_\_

Bitte um  
Rücksprache  
mit dem Arzt

Sportlehrer(in) bzw. Schulleiter(in)

Arztstempel und Unterschrift