

# 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, Wassernspringen \_\_\_\_\_

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