

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, Wasserspringen | <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: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sportförderung zum Ausgleich von: _____ | |

Weitere Vorschläge und Empfehlungen:

Eine - vorläufige - Vollfreistellung sollte von _____ bis _____ erfolgen.

Eine Nachuntersuchung ist für den _____ vorgesehen.

Albert-Schweitzer-Gymnasium
Beim Käppele 8
89150 Laichingen

Bitte um
Rücksprache
mit dem Arzt

Datum: _____

(Sportlehrer/in bzw. Schulleiter)

Arztstempel / Unterschrift