



Ärztliche Bescheinigung über eine Schulsporteinschränkung

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____ Klasse: _____

Der Schüler/Die Schülerin sollte aufgrund ärztlicher Diagnose in der Zeit

vom _____ bis _____

- teilweise von der Teilnahme am praktischen Teil des Sportunterrichts freigestellt werden,**

Nicht erlaubt sind folgende Belastungsformen/Bewegungen

- Längere (aerobe) Ausdauerbelastungen
- Kurzzeitige, intensive (anaerobe) Belastungen
- Kraft- und Kraftausdauerbelastungen
- Wurf-, Stoß- und Schlagbewegung
- Sprung- und Niedersprungbelastungen
- Schnelligkeitsbelastungen
- Dehnübungen
- Schwimmen

- ganz von der Teilnahme am praktischen Teil des Sportunterrichts freigestellt werden.**

Zusätzliche Bemerkungen:

.....

.....

.....

Ort, Datum

Arzt