ARZTZEUGNIS FÜR DEN SPORTUNTERRICHT

NAME :	VORNAME :
GEBURTSJAHR:	☐ KRANKHEIT ☐ UNFALL

STUFE I:

☐ Der/die Schüler/-in ist grundsätzlich vom Sportunterricht freigestellt:

vom ..... bis .....

STUFE II:

☐ Der/die Schüler/-in ist teilweise vom Sportunterricht dispensiert, kann aber folgende, der Situation angepasste, Aktivitäten ausführen: vom …….. bis ……
Der/die Schüler/-in kann:

- ☐ 20 bis 30 Minuten gehen
- ☐ laufen (leichtes joggen)
- ☐ schwimmen
- ☐ Herz-Kreislauf-Training durchführen (z.B Velo-Ergometer)
- ☐ an Mannschaftssportarten teilnehmen
- ☐ Kraftübungen durchführen für:

☐ Schultern ☐ Arme	☐ Rumpf ☐ Rücken	☐ Bauch ☐ Beine	☐ Gesäss ☐ Brust

- ☐ Dehnübungen durchführen (Stretching)
- ☐ jonglieren
- ☐ andere: .....

STUFE III:

☐ Die Teilnahme am Sportunterricht ist grundsätzlich möglich mit Ausnahme folgender Aktivitäten/Übungen:

.....

.....

Kontaktieren Sie mich telefonisch ☐ ja ☐ nein

Dauer der Dispens: von ..... bis .....

Datum: **Unterschrift & Stempel des behandelnden Arztes**