

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, 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 erfolgen. Eine Nachuntersuchung ist für den vorgesehen.

Name der Schule bzw. Schulstempel

Datum: _____

Sportlehrer(in) bzw. Schulleiter(in)

Arztstempel und Unterschrift

☐ Bitte um Rücksprache mit dem Arzt

Praxis Dr. R. Beck / Dr. T. Kauth
Kinder- und Jugendärzte/Neonatalogie
Sportmedizin/Ernährungsmedizin
Breslauer Str. 2-4, 71638 Ludwigsburg
www.kinderjugendarztpraxis.de
info@kinderjugendarztpraxis.de
Tel.: 07141-2993030 Fax: -2993059