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: _____

☐ Bitte um Rücksprache mit dem Arzt

_____
Sportlehrer(in) bzw. Schulleiter(in)

_____
Arztstempel und Unterschrift

Empfohlenes Formblatt der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin e.V.