

# 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.

---

Progymnasium Bad Buchau  
Schlossplatz  
88422 Bad Buchau

Bitte um  
Rücksprache  
mit dem Arzt

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Sportlehrer/in bzw. Schulleiter)

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Unterschrift