**Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |  | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  |
|  |  | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | |  | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | |
|  |  | |  |  |  | | | |

Name        Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

Vorname        Teildispensation vom Schulsportunterricht

Geb. Datum

Adresse       Dispensation von       bis

Tel. Nr.       Die Nachuntersuchung ist für den       vorgesehen.

**Bei folgenden Sportarten / Aktivitäten ist zu beachten:**

**Erlaubte sportliche Aktivitäten**

Mannschaftsspiele / Kontaktsportarten

Geräteturnen / Bodenturnen

Sprungbelastungen

Ausdauerbelastungen, Herz-Kreislauf-Belastungen

Krafttraining

Aktivitäten im Wasser / Schwimmen

Allergen- / Reizexposition von

**Der Schüler darf anhand des Übungskataloges von activdispens.ch folgende Aktivitäten und Bewegungen ausführen:**

obere Extremität  untere Extremität  Rumpf inklusiv o. Ext.  Rumpf inklusiv u. Ext.

**Weitere Vorschläge und Empfehlungen**

**Bitte um Rücksprache:**

mit Arzt  mit Physiotherapeut

Name der Schule:       Datum: 01.01.2016

Sportlehrer(in):       Arztstempel und Unterschrift:



[www.activdispens.ch](http://www.activdispens.ch/)