**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/)