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

Die/der Lernende 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 Ärztin/Arzt [ ]  mit Physiotherapeutin/-therapeut

Name der Schule:       Datum:

Sportlehrperson:       ärztlicher Stempel und Unterschrift:

