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:

Ein Bild, das Grafiken, Schrift, Grafikdesign, Screenshot enthält.

Automatisch generierte Beschreibung