

Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

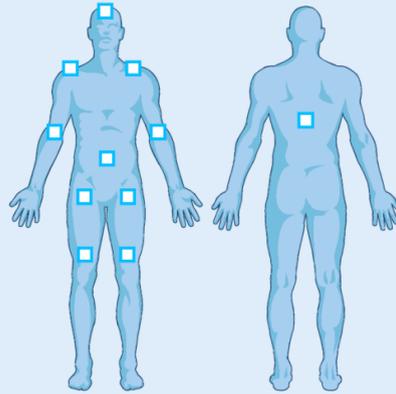
Name
Vorname
Geb. Datum
Adresse
Tel. Nr.

- Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht
 Teildispensation vom Schulsportunterricht

Dispensation von bis

Die Nachuntersuchung ist für den vorgesehen.

**Folgende Körperregionen
dürfen NICHT belastet werden:**



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: