

# Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

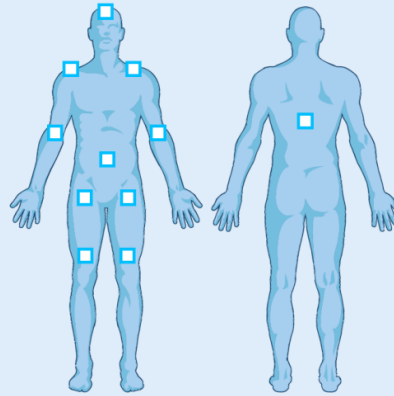
Name .....  
Vorname .....  
Geb. Datum .....  
Adresse .....  
Tel. Nr. ....

- 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](http://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: