

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Zur Vorlage bei der Schule

\_\_\_\_\_  
(Name)

leidet an einer Gesundheitsstörung, die eine Teilnahme am Sportunterricht aus ärztlicher Sicht bei folgenden Übungen / Sportspielen **nicht** gestattet :

*(bitte zutreffendes ankreuzen und zusätzlich mit Unterschrift bestätigen)*

**Ungeeignete Übungen :**

- Stützübungen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Hang- und Streckübungen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Wurf- und Stoßübungen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Sprünge (z.B. Weitsprung / Bockspringen)  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Kurzstreckenläufe bis 400 m  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Langstreckenläufe ab 400 m  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Schwimmen / Tauchen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Wasserspringen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Gerätturnen (Reck / Barren)  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Bodenturnen  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

**Ungeeignete Sportspiele :**

- Kleine Lauf- und Ballspiele  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Handball  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Fußball  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Basketball  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Volleyball  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)
- Tischtennis / Federball  \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

**Raum für besondere Hinweise und Bemerkungen :**

.....

.....

.....

.....

Diese Bescheinigung gilt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel