

Ärztliches Attest für den Schulsport

O.g. Schülerin/Schüler sollte aufgrund meiner ärztlichen Untersuchung vom **Datum auswählen** bis voraussichtlich **Datum auswählen** ,

- ganz von der Teilnahme am praktischen Teil des Sportunterrichts freigestellt werden.
- von der Verpflichtung entbunden werden, praktische Leistungsnachweise zu erbringen.
- teilweise von der Teilnahme am praktischen Teil des Sportunterrichts freigestellt werden (siehe unten).

Ich empfehle aus sportmedizinischer Sicht eine differenzierte Teilnahme am Sport:

Folgende Sportarten und Belastungen sind **zu empfehlen** oder **zu vermeiden**:

| | zu empfehlen | zu vermeiden |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Schwimmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tauchen, Sprünge ins Wasser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausdaueranforderungen (z.B. Dauerlauf) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schnelligkeitsanforderungen (z.B. Anläufe, Sprints) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprungbelastungen (z.B. Absprünge, Landungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktsportarten / Mannschaftssportarten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Praxisstempel/Unterschrift