

Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

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

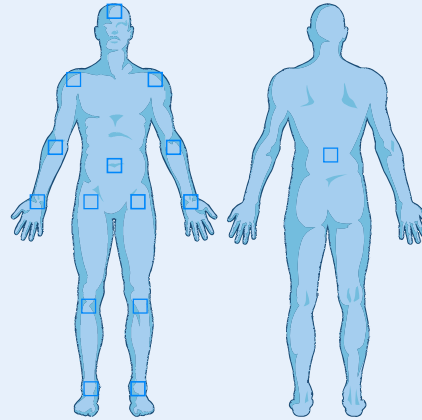
Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

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 _____

Der Schüler 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 Arzt mit Physiotherapeut

Name der Schule:

Datum:

Sportlehrer(in):

Arztstempel und Unterschrift: