

# Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

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

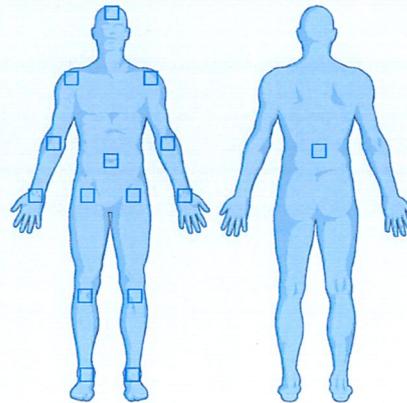
Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

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](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 Arzt
- mit Physiotherapeut

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sportlehrer(in): \_\_\_\_\_

Arztstempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_