

Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

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

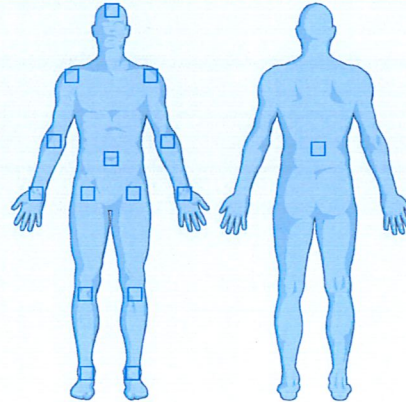
Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

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: