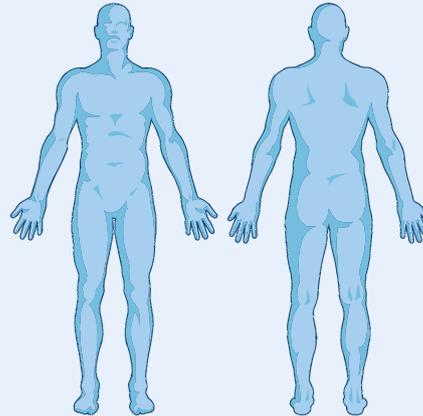


Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

Name Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht
Vorname Teildispensation vom Schulsportunterricht
Geb. Datum Dispensation von _____ bis _____
Adresse Die Nachuntersuchung ist für den _____ vorgesehen.
Tel. Nr.

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: