

# Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

Name   
Vorname   
Geb. Datum   
Adresse   
Tel. Nr.

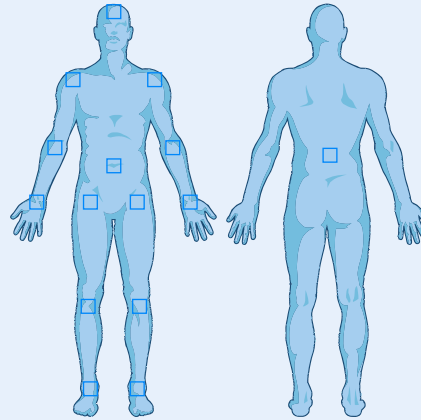
Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

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: