Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

Tel. Nr.

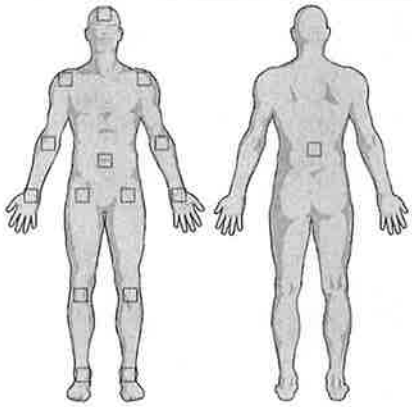
☐ Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

☐ 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:

Sportlehrer(in):

Datum:

Arztstempel und Unterschrift:

SVSS·ASEP·ASEF SART UKBB kompetent & menschlich

ACTIVDISPENS®