

# Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

## Schüler/in

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geb.datum  Geschlecht

AHV-Nr.

Telefon

## Dispensation

Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

Teildispensation vom Schulsportunterricht

Dispensation von  bis

Nachuntersuchung am

## Der Schüler darf folgende Aktivitäten / Bewegungen ausführen

- obere Extremität
- untere Extremität
- Rumpf inklusiv obere Extremität
- Rumpf inklusiv untere Extremität

## Bitte um Rücksprache

- mit Arzt
- mit Physiotherapeut

## Erlaubte sportlichen Aktivitäten / es ist zu beachten...

- Mannschaftsspiele / Kontaktsportarten
- Geräteturnen / Bodenturnen
- Sprungbelastungen
- Ausdauerbelastungen, Herz-Kreislauf-Belastungen
- Krafttraining
- Aktivitäten im Wasser / Schwimmen

Allergen- / Reizexposition vermeiden von:

## Weitere Vorschläge und Empfehlungen

Datum

Arzt/Ärztin

GLN

Physiotherapeut/in

GLN

Schule

## Empfänger:

## Folgende Körperregionen dürfen NICHT belastet werden

