**ARZTZEUGNIS FÜR DEN SPORTUNTERRICHT**

**NAME: VORNAME:**

**GEBURTSJAHR:**  **KRANKHEIT** 🞏 **UNFALL** 🞏

**STUFE I:**

🞏 Der/die Schüler/-in ist grundsätzlich vom Sportunterricht freigestellt:

vom ......................... bis .......................

**STUFE II:**

🞏 Der/die Schüler/-in ist teilweise vom Sportunterricht dispensiert, kann aber folgende, der

Situation angepasste, Aktivitäten ausführen: vom ………………. bis ….……………..

Der/die Schüler/-in kann:

🞏 20 bis 30 Minuten gehen

🞏 laufen (leichtes joggen)

🞏 schwimmen

🞏 Herz-Kreislauf-Training durchführen (z.B Velo-Ergometer)

🞏 an Mannschaftssportarten teilnehmen

🞏 Kraftübungen durchführen für:

🞏 Schultern

🞏 Arme

🞏 Rumpf

🞏 Rücken

🞏 Bauch

🞏 Beine

🞏 Gesäss

🞏 Brust

🞏 Dehnübungen durchführen (Stretching)

🞏 jonglieren

🞏 andere:

**STUFE III:**

🞏 Die Teilnahme am Sportunterricht ist grundsätzlich möglich mit Ausnahme folgender

Aktivitäten/Übungen:

Kontaktieren Sie mich telefonisch: 🞏 ja 🞏 nein

Dauer der Dispens: von .................... bis .....................

Datum:

**Unterschrift & Stempel des behandelnden Arztes**