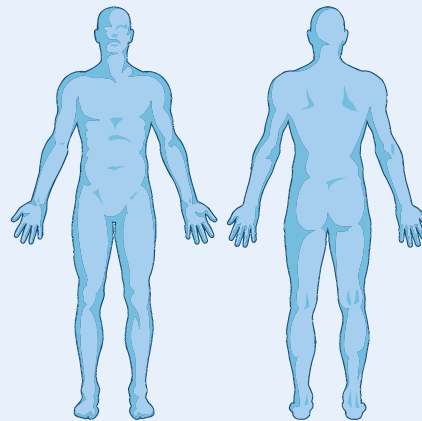


# Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

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](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: