

ÄRZTLICHES ATTEST

Eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht

Digital ausfüllbares Formular

1 Angaben zur Schülerin / zum Schüler

Vor- und Nachname

Klasse

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Freistellung von (TT.MM.JJJJ)

bis (TT.MM.JJJJ)

2 Art und Umfang der Freistellung

☐ Vollumfängliche Freistellung von motorischen Anforderungen

☐ Freistellung von folgenden motorischen Anforderungen:

☐ Ausdaueranforderungen

z. B. Dauerläufe

☐ Schnelligkeitsanforderungen

z. B. Beschleunigungen, Anläufe, Sprints, Richtungswechsel

☐ Kraftanforderungen

z. B. Absprünge, Landungen, Wurf- und Stoßbewegungen

☐ Druck- und Zuganforderungen

z. B. direkter Körperkontakt

☐ Anforderungen im Wasser

z. B. Schwimmen, Tauchen, Springen

☐ Sonstiges:

3 Spezifische Unterrichtsanforderungen

☐ Freistellung aufgrund fachärztlich diagnostizierter psychosozialer Beeinträchtigungen von folgenden Anforderungen:

4 Weitere Erläuterungen

Ort

Datum (TT.MM.JJJJ)

Arztstempel / Unterschrift