

\_\_\_\_\_  
(Name)

leidet an einer Gesundheitsstörung, die eine Teilnahme am Sportunterricht aus ärztlicher Sicht nicht gestattet / nur bei folgenden Übungen gestattet:

**Geeignete Übungen:**

Stützübungen	<input type="checkbox"/>
Hang- und Streckübungen	<input type="checkbox"/>
Bodenturnen	<input type="checkbox"/>
Wurf- und Stoßübungen	<input type="checkbox"/>
Sprünge	<input type="checkbox"/>
Läufe	<input type="checkbox"/>
Schwimmen	<input type="checkbox"/>
Tauchen	<input type="checkbox"/>
Wasserspringen	<input type="checkbox"/>

**Sportspiele:**

Handball	<input type="checkbox"/>
Fußball	<input type="checkbox"/>
Basketball	<input type="checkbox"/>
Volleyball	<input type="checkbox"/>

**Raum für besondere Hinweise und Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Bescheinigung gilt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel