

Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

Name / Vorname	
----------------	--

TOTALDISPENSATION VOM SPORTUNTERRICHT

Totaldispensation	von bis
Bemerkungen:	

DIFFERENZIERTE DISPENSATION (TEILDISPENSATION)

Bewegungseinschränkung	von bis		
Bewegungseinschränkung bezüglich Herz-/Kreislauf-Belastung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bewegungseinschränkung bezüglich Wirbelsäulen-Belastung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Bewegungseinschränkung bezüglich Belastung der Gelenke	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Folgende Gelenke / Muskelgruppen müssen geschont werden:			
Empfohlene Übungen			
Ausdauertraining (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Jogging <input type="checkbox"/>	Velo-Ergometer <input type="checkbox"/>	Crosstrainer <input type="checkbox"/>
Gymnastik-, Stretching-, Kraftübungen unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Einschränkungen:			
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Bemerkungen:			

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin
