

## Ärztliches Zeugnis für den Sportunterricht

Herr  Frau

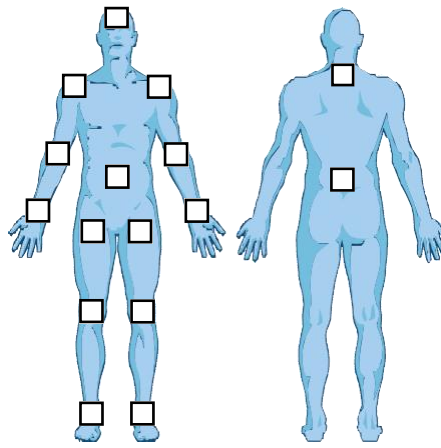
Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

Reduzierte Einsatzfähigkeit im  
Bereich folgender Regionen:



### NICHT erlaubte sportliche Aktivitäten:

Stop and Go - Belastungen

Sprungbelastungen

Ausdauerbelastungen, Herz-/Kreislaufbelastungen:   Crosstrainer  Jogging  
 Rudergerät  Velo-Ergometer

Krafttraining obere Extremitäten

Krafttraining untere Extremitäten

Dehnübungen

Koordinationsübungen

Bemerkungen:

---

---

---

---

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes / der Ärztin

---