

Qualifiziertes ärztliches Attest für die eingeschränkte Teilnahme am Sportunterricht

Ich halte es für erforderlich, die Schülerin/den Schüler _____
der Klasse _____ geboren am _____ aus gesundheitlichen Gründen in der Zeit
vom _____ bis _____

- ☐ vollumfänglich von motorischen Anforderungen freizustellen
- ☐ von folgenden motorischen Anforderungen freizustellen:
- ☐ **Ausdaueranforderungen** (z.B. Dauerläufe)
 - ☐ **Schnelligkeitsanforderungen** (z.B. Beschleunigungen, Anläufe, Sprints, Richtungswechsel)
 - ☐ **Kraftanforderungen** (z.B. Absprünge, Landungen, leichtathletische Wurf- und Stoßbewegungen)
 - ☐ **Druck- und Zuganforderungen** (z.B. direkter Körperkontakt)
 - ☐ **Anforderungen im Wasser** (z.B. Schwimmen, Tauchen, Springen)
 - ☐ **Sonstiges:** _____

- ☐ von folgenden spezifischen Unterrichtsanforderungen aufgrund fachärztlich diagnostizierter psychosozialer Beeinträchtigungen freizustellen:
- _____
- _____

Ggf. weitere Erläuterungen:

Datum

Arztstempel und Unterschrift