

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