



## Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

Herr  Frau

Vorname:

Name:

### TOTALDISPENSATION VOM SPORTUNTERRICHT

von:

bis:

Bemerkungen:

### DIFFERENZIERTE DISPENSATION (TEILDISPENSATION)

**Bewegungseinschränkung**

von:

bis:

Bewegungseinschränkung bezüglich Herz-/Kreislauf-Belastung

Ja

Nein

Bewegungseinschränkung bezüglich Wirbelsäulen-Belastung

Ja

Nein

Bewegungseinschränkung bezüglich Belastung der Gelenke

Ja

Nein

Folgende Gelenke/Muskelgruppen müssen geschont werden:

**Empfohlene Übungen:**

**Ausdauertraining**

Jogging

Velo-Ergometer

Crosstrainer

**Gymnastik-, Stretching-, Kraftübungen**

unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Einschränkungen:

Ja

Nein

Bemerkungen:

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes/der Ärztin