## Ärztliche Weisung für den Sportlehrer

 Lernender \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Klasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sportlehrer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Dispens vom Sport im Klassenverband:***

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***empfehle ich die folgende differenzierte Teilnahme am***

***Schulsport im Gymnastik-, Therapie- oder Kraftraum:***

 **empfohlen**

Ausdaueranforderungen (Velo, Stepp, Dauerläufe) 🔾

Kraftanforderungen (Muskelgrp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 🔾

Gelenkigkeitsanforderungen (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 🔾

Weitere Vorschläge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🔾

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 ***Total-Dispens vom Sport/Gymnastik/Therapie***

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eine Nachuntersuchung ist für den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vorgesehen.

Datum: Stempel/Unterschrift des Arztes

## Ärztliche Weisung für den Sportlehrer

 Lernender \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Klasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sportlehrer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Dispens vom Sport im Klassenverband:***

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***empfehle ich die folgende differenzierte Teilnahme am***

***Schulsport im Gymnastik-, Therapie- oder Kraftraum:***

 **empfohlen**

Ausdaueranforderungen (Velo, Stepp, Dauerläufe) 🔾

Kraftanforderungen (Muskelgrp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 🔾

Gelenkigkeitsanforderungen (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 🔾

Weitere Vorschläge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🔾

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 ***Total-Dispens vom Sport/Gymnastik/Therapie***

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eine Nachuntersuchung ist für den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vorgesehen.

Datum: Stempel/Unterschrift des Arztes