

**Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage bei der IGS Pellenz-Plaidt**

Der Schülerin / Dem Schüler

Name: _____ **Vorname(n):** _____

Geburtstag: _____ **Geburtsort:** _____

Straße und Haus-Nr: _____

PLZ und Wohnort: _____

wird hiermit bescheinigt, dass gegen eine erhöhte und intensive schulsportliche Belastung im Leistungsfach Sport (mindestens vier Unterrichtsstunden Sportpraxis pro Woche) aus ärztlicher Sicht keine Einwände bestehen.

Es sind keine Erkrankungen oder sonstigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z.B. Asthma, Allergien gegen Chlor, ...) bekannt, die die Ausübung einer der genannten Sportarten verhindern oder beeinträchtigen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes