

## Ärztliche Bescheinigung

Die Schülerin/der Schüler \_\_\_\_\_ ist uneingeschränkt  
Vorname Name

sportlich belastbar. Der Aufnahme eines regelmäßigen leistungssportlichen

Trainings steht aus ärztlicher Sicht zurzeit nichts entgegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes