



# Ärztliche Bestätigung zur sportmotorischen Eignungsprüfung

---

---

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

## Der Schüler / die Schülerin ist:

- derzeit gesund und aus medizinischer Sicht geeignet, an der sportmotorischen Eignungsprüfung teilzunehmen.
- derzeit krank oder verletzt und darf daher an der sportmotorischen Eignungsprüfung nicht teilnehmen.
- darf aus medizinischen Gründen an der sportmotorischen Eignungsprüfung nicht teilnehmen.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Körpergröße:	cm
Körpergewicht:	kg

---

Datum

---

Stempel / Unterschrift