



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