

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Für die Teilnahme am sportlichen Eignungstest und die Aufnahme des Schülers/
der Schülerin in die Sportklasse mit wöchentlich 7 Sportstunden

- besteht aus ärztlicher Sicht kein Einwand.

- sprechen medizinische Gründe dagegen.

Datum

Stempel und Unterschrift

Hinweis: Dieses Attest ist kostenpflichtig.