

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.