

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.