

# BEFREIUNG VOM SPORTUNTERRICHT

Name, Klasse:

---

Zeitraum der Befreiung:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Dauer / Art:

vorübergehend  dauerhaft

Ärztliches Attest liegt bei (Pflicht):

ja, vom \_\_\_\_\_ (Arztpraxis)

Anmerkungen (z. B. eingeschränkte Teilnahme möglich):

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Erziehungsberechtigte: \_\_\_\_\_

---

Ohne Attest ist die Befreiung nicht möglich. Bei dauerhafter Befreiung ist ggf. ein Nachteilsausgleich zu prüfen.