



Magistratsabteilung 15 –
Gesundheitsdienst der Stadt Wien
Gruppe Kinder- und Jugendgesundheit
Team Schulgesundheit
Thomas-Klestil-Platz 9, Town Town
1030 Wien
Telefon +43 1 4000 87646
schuldienst@ma15.wien.gv.at
gesundheitsdienst.wien.at

Wien,

Sehr geehrte *r Erziehungsberechtigt*er!

Für die Aufnahme Ihres Kindes _____

in die Sportmittelschule ist Ihrerseits eine **FREIGABE** durch eine*n Ärzt*in Ihrer Wahl auf Basis folgender Hilfsbefunde zu erbringen:

- × **Blutbild**
- × **EKG (Ruhe-EKG)**
- × **Harnbefund**

Der untenstehende **fettumrandete** Abschnitt ist von der*dem untersuchenden Ärzt*in auszufüllen und zu unterzeichnen.

Um eine schnelle und reibungslose Aufnahme zu ermöglichen, bitten wir Sie diese ärztliche Bestätigung für die gesundheitliche Eignung ehest möglich an die Schuldirektion zu retournieren, längstens jedoch bis **Ende des Sommersemesters**.

Die*Der Schüler*in _____ geb. am _____
ist für die Ausübung von Leistungssport und die Teilnahme an Wettkämpfen an der
Sportmittelschule

☐ geeignet

☐ nicht geeignet

Datum:

Unterschrift und Stampiglie
der*des untersuchenden Ärzt*in