

.....
Stempel

Ärztliche Bestätigung

Es wird bestätigt, dass nach einer grobklinischen Untersuchung derzeit kein Einwand zu einer, für die **Aufnahme an einer Sportmittelschule** notwendigen praktischen Eignungsprüfung im Rahmen einer erweiterten Turnstunde besteht.

Name des Schülers/der Schülerin

☐ **geeignet**

☐ **nicht geeignet**

Ärztin / Arzt

Datum