

# Gesundheitscheck Schwimmunterricht

**Familienname:**

**Vorname:**

**Schule:**

**Klasse:**

- Mein Sohn/ meine Tochter darf uneingeschränkt am Schwimmunterricht teilnehmen.
- Mein Sohn/ meine Tochter leidet an \_\_\_\_\_  
und kann nur eingeschränkt am Schwimmunterricht teilnehmen.
- Mein Sohn/ meine Tochter kann nicht am Schwimmunterricht teilnehmen.

Das Attest vom Amtsarzt wird zur Einsicht vorgelegt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

---

***Datum/ Unterschrift der Erziehungsberechtigten***