



## Ärztliches Gesuch zur Dispensation vom Schul- oder Sportunterricht

Bitte **vollständig ausgefüllt** einsenden an:

Schulärztlicher Dienst, Malzgasse 30, 4001 Basel, Tel. 061 267 90 00, E-Mail: [schularzt@bs.ch](mailto:schularzt@bs.ch)

### Auszug aus der Absenz- und Disziplinarverordnung

§24 Abs. 3: "Sollen Schülerinnen, Schüler und Lernende **länger als 3 Wochen** aus gesundheitlichen Gründen dispensiert werden, haben die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auf dem vom Schulärztlichen Dienst vorgegebenen Formular das Dispensationsgesuch bei diesem einzureichen. Das Gesuch hat eine genaue Begründung für die Dispensation und Angaben über deren Umfang und Dauer zu enthalten. Die Schulärztinnen und Schulärzte prüfen das Gesuch und leiten ihren Bericht (Ergänzung Schulärztlicher Dienst: **ohne** Diagnose) an die zuständige Schulleitung weiter. Bei Bedarf können die Schulärztinnen und -ärzte eine Untersuchung der Schülerinnen, Schüler und Lernenden durch den Schulärztlichen Dienst anordnen."

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Schulhaus / Klasse:** \_\_\_\_\_ **Lehrperson:** \_\_\_\_\_

**Dauer dieses Zeugnisses von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

Volldispensation vom Sportunterricht, inklusive Ski- und Sportlager

Teildispensation vom Sportunterricht (bitte genau angeben, was erlaubt oder verboten ist)

Volldispensation vom Schulunterricht

Teildispensation vom Schulunterricht (bitte genauer begründen)

Ausdauerbelastungen – Herzkreislauf  
Belastungen Geräte- / Bodenturnen  
Kontaktsportarten / Mannschaftsspiele  
Krafttraining  
Sprungbelastungen  
Schwimmen / Aktivitäten im Wasser  
Sport im Freien  
Anderes: \_\_\_\_\_

erlaubt      verboten

Die Schülerin / der Schüler darf anhand des Übungskataloges von [activdispens.ch](http://activdispens.ch) folgende Aktivitäten und Bewegungen ausführen:

obere Extremität      untere Extremität      Rumpf inkl. o. Ext.      Rumpf inkl. u. Ext.

**Genaue Begründung – z.B. Diagnose (vertraulich, wird der Schule nicht weitergeleitet!):**

Datum: \_\_\_\_\_

Ärztin / Arzt (Name & Praxis oder Stempel & Unterschrift)