

---

## Ärztliche Bescheinigung über die Sporttauglichkeit: Erlebte Inklusive Sportschule (EISS) 2024

---

(Darf nicht älter als 3 Monate sein)

Name: \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Beurteilung:

sporttauglich

Eingeschr.   
sporttauglich

nicht sporttauglich

### Anmerkung/Empfehlung

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_  
Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

Dieses Projekt wird gefördert durch:



Bayerisches Staatsministerium für  
Familie, Arbeit und Soziales