***Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung:***

Schüler/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hiermit wird bescheinigt, dass die Schülerin/der Schüler\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine infektiösen Erkrankungen/Infektionskrankheiten hat, die chronisch, meldepflichtig oder namentlich zu melden sind (nach §§ 6 und 7 IFSG)

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine lebensgefährlichen/lebensbedrohlichen/schwerwiegenden Erkrankungen hat

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine Suchtkrankheiten hat

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine neurologischen/organischen Beschwerden hat (Leber, Milz, Niere, Herz, Gehirn etc.)

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine Behinderungen oder veraltete/verheilte Erkrankungen hat (verheilte Knochenbrüche, Stauchungen, Muskelatrophien etc.)

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine psychischen Erkrankungen hat (ADS/ADHS, Schizophrenie, Syndrome, Persönlichkeitsstörungen)

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ keine Allergien hat (Pollenallergie etc.)

□ wenn ja, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ nicht an COVID-19 oder eine der Varianten erkrankt ist, aber getestet wurde und somit ein negativer Test vorliegt.

□ eine COVID-19-Erkrankung durch COVID-19 oder eine der Varianten durchgemacht hat und somit „immun“ ist.

□ gegen COVID-19 und/oder gegen die Varianten geimpft ist und somit keine Bedenken einer Erkrankung bestehen.

Des Weiteren besteht keine Gefahr/keine Erkrankung, die die Versorgungs- und Erziehungsfähigkeit, sowie die Sportausübung der Schülerin/des Schülers herabsetzen könnte.

Wenn doch, welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Schülerin/Der Schüler nimmt regelmäßig Medikamente.

□ Ja, und zwar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Nein

Die Schülerin/Der Schüler hat keinerlei Beschwerden und ist für die Ausübung des Bowlingsports aus medizinischer Sicht

□ geeignet

□ nicht geeignet

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum: Stempel und Unterschrift des Arztes: