**Ärztliche Stellungnahme zum Schulschwimmen**

……………………………………………., Schüler/in in der St. Franziskus-Schule Dingelstädt, ist

………. nicht anfallskrank

………. anfallskrank

 ……… seit mindestens 2 Jahren anfallsfrei

 ………. hat derzeit tagsüber Anfälle

 ………. hat derzeit ausschließlich nächtliche Anfälle

* Aus ärztlicher Sicht gibt es keine Einwände gegen das Schwimmen unter Aufsicht eines Sportlehrers ohne besondere zusätzliche Beaufsichtigung.
* Aus ärztlicher Sicht gibt es keine Einwände gegen das Schwimmen unter Aufsicht eines Sportlehrers sowie unter zusätzlicher Aufsicht eines Mitarbeiters der Schule, der sich als Begleitperson mit im Wasser befindet.
* Aus ärztlicher Sicht wird vom Schwimmen grundsätzlich abgeraten

Besondere Hinweise und Empfehlungen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Diese Stellungnahme gilt bis auf Widerruf.

………………………………………………………………… ……………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Zur Kenntnis genommen:

…………………………………………………………………………….

Unterschrift der Erziehungsberechtigten/Betreuer