
Schulstempel**Schulärztlicher Fragebogen zur Beurteilung der Teilnahme am Schwimmunterricht****Name, Vorname:** : _____ **Geb.- Datum:** _____**Straße, Wohnort :** _____**Schule, Klasse :** _____Kann Ihr Kind bereits schwimmen? ja nein

Mein Kind hat bereits folgende/s Schwimmbzeichen: _____

Besucht Ihr Kind regelmäßig ein Schwimmbad? Hatte Ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall?
Wenn ja, wann _____ und wie oft? _____ Klagt Ihr Kind manchmal über Schmerzen in der Herzgegend
oder über Schwindelanfälle? Leidet Ihr Kind an Asthma oder asthmatischer Bronchitis? Hatte Ihr Kind schon Mittelohrentzündung oder Kieferhöhlen-
vereiterung? Wenn ja, wann _____ und wie oft? _____ Besteht zurzeit eine Nieren- oder Blasenerkrankung oder wurde
im letzten Jahr eine solche Erkrankung durchgemacht? Leidet Ihr Kind zurzeit an einer Hauterkrankung (Ekzem, Hautpilz)? Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?
Grund: _____ Haben Sie als Eltern in gesundheitlicher Hinsicht Bedenken gegen die Teilnahme Ihres Kindes am Schwimmunterricht? Wenn ja, bitte Begründung:

Datum_____
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)