

\_\_\_\_\_  
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)