

An die
Direktion der Sportmittelschule Waidhofen/Ybbs, Zell
Hauptplatz 17a
3340 Waidhofen

BESTÄTIGUNG DES (SCHUL)ARZTES

Vom ärztlichen Standpunkt aus bestehen gegen eine Teilnahme des/der
SCHÜLERS/SCHÜLERIN _____ ,
geb.am _____ ,am Unterricht der Sportklasse bzw. Ablegung eines
sportmotorischen Aufnahmetests an der Sportmittelschule (SMS)
Waidhofen/Ybbs keine Bedenken.

.....
Ort u. Datum

.....
Stempel u. Unterschrift
des (Schul)arztes

Als Erziehungsberechtigte unseres Kindes nehmen wir zur Kenntnis, dass unser
Kind in die Normalklasse eingegliedert wird, wenn es den schulischen oder
sportlichen Erfordernissen nicht gewachsen erscheint.

.....
Unterschrift der Erziehungsberechtigten