

Stempel der Schule/Klasse



Datum

Liebe Eltern,

Ihr Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

soll im nächsten Schuljahr am Schwimmunterricht teilnehmen.

Wenn Sie Bedenken hinsichtlich der Gesundheit Ihres Kindes haben sollten, besprechen Sie diese bitte mit Ihrer/Ihrem Kinder- oder Hausärztin/-arzt. Nach Aussage des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes kann die Schwimmfähigkeit aufgrund **zum Beispiel** folgender Erkrankungen eingeschränkt sein oder sich aus gesundheitlichen Gründen verbieten:

- Ohreiterungen/Ohroperationen
- Nierenerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Krampfanfälle
- Allergien gegen Chlor
- Rheumatische Erkrankungen
- Schwere Atemwegserkrankungen.

Kinder, die aus den genannten Gründen nicht am Schwimmunterricht teilnehmen können, benötigen ein ärztliches Attest vor Beginn des Schwimmunterrichts. Dieses muss unbedingt bei der Schule eingereicht werden. Auch die/der für Ihr Kind zuständige Schulärztin/Schularzt steht im Bedarfsfall in den Sprechstunden zu Ihrer Verfügung.

Bestätigen Sie bitte durch Ihre Unterschrift, dass Sie von diesem Schreiben Kenntnis erhalten haben und geben Sie es Ihrem Kind wieder für die Lehrerin/den Lehrer mit.

Mit freundlichen Grüßen

Die Klassenleiterin/Der Klassenleiter

Mein Kind wird am Schwimmunterricht teilnehmen

Mein Kind kann aus gesundheitlichen Gründen nicht am Schwimmunterricht teilnehmen.*

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift

* Das Attest der/des behandelnden Ärztin/Arztes/Schulärztin/-arztes liegt bei/wird nachgereicht