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

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Kind hat bereits folgende/s Schwimmabzeichen: _____

Besucht Ihr Kind regelmäßig ein Schwimmbad?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Krampfanfall?
Wenn ja, wann _____ und wie oft? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Klagt Ihr Kind manchmal über Schmerzen in der Herzgegend
oder über Schwindelanfälle?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Leidet Ihr Kind an Asthma oder asthmatischer Bronchitis?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hatte Ihr Kind schon Mittelohrentzündung oder Kieferhöhlen-
vereiterung? Wenn ja, wann _____ und wie oft? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Besteht zurzeit eine Nieren- oder Blasenkrankung oder wurde
im letzten Jahr eine solche Erkrankung durchgemacht?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Leidet Ihr Kind zurzeit an einer Hauterkrankung (Ekzem, Hautpilz)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung?
Grund: _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Haben Sie als Eltern in gesundheitlicher Hinsicht Bedenken gegen die Teilnahme Ihres Kindes am Schwimmunterricht? Wenn ja, bitte Begründung:

Datum_____
(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)