



## Ärztliche Bestätigung

### zur Vorlage an der SMS 2 Kufstein

Eine Teilnahme an der Aufnahmeprüfung ist nur nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung möglich!

Name des/der Schülers/Schülerin:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Hiermit wird durch den/die unten angeführte/n Arzt/Ärztin bestätigt, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für die geforderten motorischen Leistungen und Belastungen einer Aufnahmeprüfung vollkommen erfüllt werden. Der/die oben angegebene Patient/in ist physisch und psychisch gesund. Es bestehen in Bezug auf die Teilnahme an einer Leistungssport-Klasse der Sportmittelschule keine Kontradiktionen.

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin