

.....  
Erziehungsberechtigter  
.....  
Straße/Nr.  
.....  
PLZ            Ort  
.....  
E-Mail  
.....  
Telefon  
.....  
Mobiltelefon



.....  
Ort, Datum

**An die  
Sportmittelschule Nüziders  
Schulgasse 14  
A-6714 NÜZIDERS**

**TEL.:**            0 55 52 / 6 23 45  
**FAX:**            0 55 52 / 6 23 45 6  
**E-MAIL:**        [direktion @ sportmittelschule.eu](mailto:direktion@sportmittelschule.eu)  
**Homepage:**    [www.sportmittelschule.eu](http://www.sportmittelschule.eu)

**ANMELDUNG ZUM AUFNAHMETEST DER SPORTMITTELSCHULE NÜZIDERS  
Sportklasse im Schuljahr 2021/22**

Ich melde meinen Sohn / meine Tochter

....., geb. am .....

**zum Aufnahmetest** der ersten Klasse der Sportmittelschule NÜZIDERS an.

Derzeit besucht er / sie die ..... Klasse der Volksschule .....

Ich bin mit einer Überprüfung der allgemeinen sportmotorischen Leistungsvoraussetzung einverstanden und übermittle untenstehendes ärztliches Attest.

.....  
Unterschrift

**ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG**

**Aus ärztlicher Sicht ist gegen die Absolvierung des sportmotorischen Aufnahmetests und die Aufnahme des Schülers / der Schülerin .....  
in die Sportklasse der Sportmittelschule Nüziders (wöchentlich zusätzlich vier bis fünf Turnstunden) nichts einzuwenden.**

.....  
Stempel und Unterschrift