

# Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung für eine Tätigkeit in der Heilpädagogik

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wird hiermit bestätigt, dass sie/er für eine Tätigkeit in der Heilpädagogik gesundheitlich geeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes