

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.

Untersuchungsdatum: _____

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel des Arztes