

Ärztliche Bescheinigung

Zur Aufnahme in den Bildungsgang: Zweijährige Berufsfachschule Gesundheit und Soziales

Hiermit wird

Name: _____,

geboren am _____ in _____

bescheinigt, dass er/sie sporttauglich ist.

Am Tag der Untersuchung bestehen keine Bedenken, sich den körperlichen Anforderungen der sportliche Ausbildung zu unterziehen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Arzt/Ärztin)

Stempel der Arztpraxis

