



Oberstufenzentrum Märkisch-Oderland  
Abteilung 2 – Sozialwesen  
Wriezener Str. 28e, 15344 Strausberg

**Ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung**  
für eine Ausbildung im Bereich Sozialwesen  
für

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Angestrebte Ausbildung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Sozialassistent/in**  
 **Erzieher/in**

Beurteilung der gesundheitlichen Eignung

Nach erfolgter Untersuchung ist die/der Untersuchte aus ärztlicher Sicht psychisch und physisch für eine Ausbildung im o. g. Beruf

- geeignet.  
 ungeeignet.

---

Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes