

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