

**Ärztliches Zeugnis
über die Eignung zur Ausübung des Berufes
des Heilerziehungspflegers/-pflegehelfers und
der Heilerziehungspflegerin/-pflegehelferin**

Frau/Herr: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

Hiermit wird bestätigt, dass sie/er gesundheitlich in der Lage ist,
den Beruf des Heilerziehungspflegers/-pflegehelfers bzw. der
Heilerziehungspflegerin/-pflegehelferin auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

Dieses Zeugnis darf bei Beginn der Ausbildung nicht älter als drei Monate sein!