

Ärztliches Zeugnis
über die Eignung zur Ausübung des Berufes des Heilerziehungspflegers/-helfers

Herrn: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

wird hiermit bestätigt, dass er gesundheitlich in der Lage ist, den Beruf des Heilerziehungspflegers/-helfers auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

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