

Ärztliches Zeugnis
über die Eignung zur Ausübung des Berufes
zum/zur staatlich anerkannten Erzieher/-in

Herrn/Frau: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

wird hiermit bestätigt, dass er/sie gesundheitlich in der Lage ist, den Beruf des/der
staatlich anerkannten Erziehers/-in auszuüben.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

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