

ÄRZTLICHE UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Frau/Herr (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Vorname

Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße mit Hausnummer, Ort und Postleitzahl

wurde am _____ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie/er zum Zeitpunkt der Untersuchung gesundheitlich geeignet ist, als Erzieherin oder als Erzieher selbstständig und verantwortlich tätig zu sein.

Name und Anschrift der Arztpraxis

Ort, Datum

Unterschrift der/des untersuchenden
Ärztin/Arztes

Stempel der Arztpraxis