



PARITÄTISCHE SCHULEN FÜR
SOZIALE BERUFE

(Name, Anschrift der/des attestierenden Ärztin/Arztes)

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____ geboren am _____

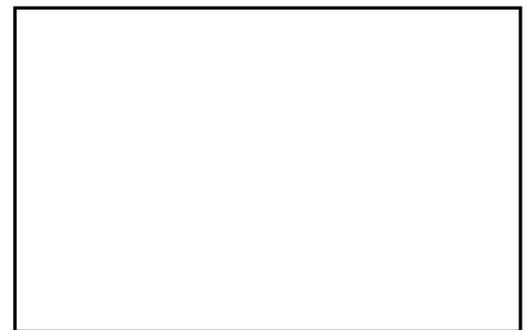
wurde am _____ von mir untersucht.

Sie/Er ist **nicht** wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/Altenpflegehelferin | <input type="checkbox"/> Erzieherin/Erzieher mit dem Schwerpunkt Jugend- und Heimerziehung |
| <input type="checkbox"/> Arbeitserzieherin/Arbeitserzieher | <input type="checkbox"/> Heilerziehungspflegerin/Heilerziehungspfleger |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin/Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinderpflegerin/Kinderpfleger |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachmann/Pflegefachfrau | |

(bitte ankreuzen)

unfähig oder ungeeignet.



(Datum, Unterschrift der/des attestierenden Ärztin/Arztes)

(Stempel der/des attestierenden
Ärztin/Arztes mit Zulassungsnummer)