

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!