

Name, Anschrift des attestierenden Arztes

## **Ärztliche Bescheinigung**

**über die gesundheitliche Eignung für eine Tätigkeit in der Heilpädagogik**

zur Vorlage bei:

Diakonisches Institut für Soziale Berufe gem. GmbH

Frau/Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wurde am \_\_\_\_\_ von mir untersucht

und ist in gesundheitlicher Hinsicht für eine Tätigkeit in der Heilpädagogik geeignet.

Rechtsgrundlagen:

§ 21 Abs. 1 Nr. 3, § 22 Abs. 1 Nr. 2 der Verordnung des Sozialministeriums über die Ausbildung und die Prüfung an den Fachschulen für Sozialwesen der Fachrichtung Heilpädagogik

Datum, Unterschrift des attestierenden Arztes

Stempel des attestierenden Arztes