

# Ärztliche Bescheinigung

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die Antragstellerin/ der Antragsteller

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

**Erzieherin/Erzieher** nicht geeignet ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)