

## Ärztliches Zeugnis

Aufgrund der ärztlichen Untersuchung am \_\_\_\_\_

bescheinige ich hiermit, dass der/ die Schüler/ -in

\_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

nicht wegen einem körperlichen Gebrechen oder wegen Schwäche seiner/ ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte zur Ausübung des Berufes als Physiotherapeut/ -in unfähig oder ungeeignet ist.

Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Sucht liegen nicht vor.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arzt/ Stempel, Unterschrift

Zum Verbleib in der Schule