

Ärztliches Attest

für die Aufnahme in die **Fachschule für Sozialberufe/HLW für Sozialmanagement**

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____

Es wird bestätigt, dass der/die oben genannte PatientIn frei von ansteckenden/meldepflichtigen Krankheiten und sowohl physisch als auch psychisch in der Lage ist, die Ausbildung zu absolvieren.

Chronische Erkrankungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes