



Nachweis der gesundheitlichen Eignung für den Beruf der Staatlich geprüften Sozialassistentin/des Staatlich geprüften Sozialassistenten

(zur Vorlage für die Höhere Berufsfachschule für Sozialassistenten)

Als behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

von der Schülerin/des Schülers geboren am

bestätigte ich hiermit, dass die oben genannte Person über die gesundheitliche Eignung für den Beruf

der **Staatlich geprüften Sozialassistentin/des Staatlich geprüften Sozialassistenten** verfügt.

Datum, Unterschrift

Stempel der Praxis