

## 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