

Ärztliche Bestätigung

Schülerin/Schüler: _____

Geb. Dat.: _____

Anschrift: _____

Aufgrund der heutigen Untersuchung kann bestätigt werden, dass derzeit kein Einwand gegen die Teilnahme an der Eignungsüberprüfung besteht.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes