

## 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