

## ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

**Eine Teilnahme an der Eignungsprüfung ist nur nach Vorlage der ärztlichen Bestätigung möglich!**

Herr/Frau:

Geb. am:

Adresse:

PLZ

Ort

Straße

Nr

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht keine Kontraindikation zur Teilnahme an einer staatlichen Ausbildung von Instruktorinnen und Instruktoren bestehen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin