

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zur Aufnahme in den Bildungsgang (bitte auswählen)

- ☐ Allgemeine Hochschulreife Freizeitsportleiter/in mit AHR
- ☐ 2-jährige Berufsfachschule Ernährung/ HWS - Ausrichtung Bewegung/ Sport
- ☐ 2-jährige Berufsfachschule Gesundheit und Soziales - Ausrichtung Bewegung/ Sport
- ☐ 3-jährige Berufsfachschule zur/ zum staatlich geprüften Gymnastiklehrer\*in

Hiermit wird \_\_\_\_\_ ,

geboren am \_\_\_\_\_

bescheinigt, dass er/sie sporttauglich ist.

Am Tag der Untersuchung bestehen keine Bedenken, sich den körperlichen Anforderungen der sportlichen Ausbildung zu unterziehen.

Datum, Unterschrift | Stempel Ärztin/Arzt