

**Deutsche Angestellten Akademie GmbH  
Schule für Physiotherapie  
Kaiserstraße 110, 77933 Lahr**

## Ärztliche Bescheinigung

Name: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Allgemeiner Befund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durchgemachte Krankheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es liegt eine Impfung gemäß dem Masernschutzgesetz vor ja  nein

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken für eine Ausbildung zum / zur

### Physiotherapeuten/in

Attest des untersuchenden Arztes über volle Sporttauglichkeit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift