

ÄRZTLICHES ATTEST

Zur Vorlage bei der Schloss-Schule Reinisch GmbH, St. Georgen 66, 8413 St. Georgen:

Vor-und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Zweck der Untersuchung:

Antritt der Berufsausbildung zur/m Heilmasseur/in

Es wird hiermit bestätigt,

dass Herr/Frau _____ die für die
Berufsausübung als Heilmasseur/in nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

Ort / Datum, Unterschrift und Stampiglie der untersuchenden Ärztin/des
untersuchenden Arztes