

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 Aufschulung zur/m Heilmasseur/in

Es wird hiermit bestätigt, dass Herr/Frau

die für die Aufschulung zur/m Heilmasseur/in

nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

Ort / Datum

Unterschrift und Stampiglie der untersuchenden
Ärztin/des untersuchenden Arztes für
Allgemeinmedizin