

**Nur bei Schwerpunkt BEHINDERTENARBEIT oder ALTENARBEIT erforderlich !**

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

### Ärztliche Bestätigung

(Zur Vorlage an der Schule für Sozialbetreuungsberufe des Evangelischen Diakoniewerkes Gallneukirchen)

Frau/Herr....., geb. am.....

ist körperlich und geistig geeignet, den Beruf einer/eines Fach- bzw. Diplom-Sozialbetreuerin/  
Sozialbetreuers/Schwerpunkt Behindertenarbeit oder Altenarbeit auszuüben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift