

# Ärztliche Bescheinigung



Über Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Wohnhaft in \_\_\_\_\_

Der/die oben genannte Person ist frei von ansteckenden Krankheiten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes