

Ärztliche Bescheinigung Sporttest

Bescheinigung der gesundheitlichen Eignung zur Teilnahme am Auswahlverfahren durch die Hausärztin / den Hausarzt.

Es bestehen aus ärztlicher Sicht keine gesundheitlichen Einwände, dass

Herr / Frau _____, geb. am _____,

am Sporttest für das Auswahlverfahren zur Einstellung, bei der DRK Rettungsdienst Bergstraße gGmbH teilnimmt.

Ort Datum

Stempel + Unterschrift Ärztin/Arzt

(Diese Bescheinigung darf am Tag des Sporttest nicht älter als 6 Wochen sein)