

**ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG**  
für die  
**Eignungsprüfung zur Ausbildung**  
**Berg- und Skiführer/in**

Hinweis:

- darf nicht älter als 6 Monate sein
- bitte bei der Anmeldung zur Eignungsprüfung beilegen

Name:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

Ort:

\_\_\_\_\_

Oben genannte(r) wurde ärztlich untersucht.

Aus medizinischer Sicht besteht keine Kontraindikation zur Teilnahme an der Eignungsprüfung.

Oben genannte(r) ist voll belastbar.

Es besteht derzeit kein Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

---

**Datum, Unterschrift und Stempel** des/der Arztes/Ärztin