**Für den Lehrbetrieb**

**Bestätigung über den Gesundheitszustand bei Lehrbeginn**

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       Bürgerort:

Ich bestätige, seit der – im Zusammenhang mit dem Abschluss des Lehrvertrags – vor zirka drei Monaten durchgeführten ärztlichen Untersuchung weder schwer krank gewesen zu sein noch einen schweren Unfall gehabt zu haben. Ich fühle mich gesund.

|  |  |
| --- | --- |
| Der/die Lernende: | Gesetzliche Vertretung (falls unter 18 J.):  (In der Regel die Eltern) |
| Unterschrift: | Unterschrift: |
| Datum: | Datum: |

**Bitte geben Sie dieses unterschriebene Formular in Ihrem Lehrbetrieb ab.**

**Anschrift Betrieb:**