**Für den Lehrbetrieb**

**Bestätigung über den Gesundheitszustand bei Lehr-Ende**

Name:       Vorname:

Geburtsdatum:       Bürgerort:

Ich bestätige, dass ich mich gesund fühle.

|  |
| --- |
| Der/die Lernende: |
| Unterschrift: |
| Datum:       |

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

**Anschrift Betrieb:**