



## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr .....

geboren am .....

in .....

wohnhaft .....

Soz.Ver.Nr. ....

geistig und körperlich in der Lage ist, ein Freiwilliges Integrationsjahr in einem sozialen Betätigungsfeld (Betreuung von älteren Menschen, Betreuung von Kindern und Jugendlichen, Betreuung von Flüchtlingen, Betreuung von Obdachlosen) zu absolvieren. Es sind keine geistigen oder körperlichen Schwächen oder eine Sucht (z.B. Alkohol, Drogen, etc.) bekannt, aufgrund derer die o.g. Person für ein Freiwilliges Integrationsjahr ungeeignet ist.

Datum, .....

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes