

Ärztliches Attest

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr/Frau : _____

wohnhaft in : _____

Geburtsdatum : _____

für den Feuerwehrdienst tauglich ist, bzw.

Die Tauglichkeit besteht ohne Einschränkung

oder

Die Tauglichkeit besteht mit Einschränkungen

Es besteht eine dauerhafte Untauglichkeit.

Art der Einschränkung bzw. Grund der Untauglichkeit:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes