

Ärztliche Bescheinigung

Name der/des Patienten-in

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Bescheinigung für das Schuljahr: 2026/27

Mein/e oben genannter/e Patient/in ist aus ärztlicher Sicht nicht in der Lage den öffentlichen Nahverkehr selbstständig ohne Begleitung zu nutzen oder andersweitig selbstständig zur Schule zu kommen. Eine Beförderung mit dem Schülerspezialverkehr ist aus ärztlicher Sicht zwingend für das gesamte Schuljahr 2026/27 erforderlich. Er/sie besucht die Förderschule Lernen in Bochum Gerthe.

Ergänzende Diagnosen, Beschreibungen

Bochum, den _____.

Unterschrift / Stempel der/des Ärztin/Arztes