



R. Freire 1882 | C1428CYB | Buenos Aires | Argentina
 Tel: [+54 11] 4555-3688 | Fax: [+54 11] 4554-1157
 www.pestalozzi.edu.ar

DIRECCIÓN GENERAL / SCHULLEITUNG

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Schüleraustauschprogramm mit Schulen in Deutschland (PIC – Programa de Intercambio Cultural)

*(Alle deutschen Schülerinnen und Schüler, die an dem Austauschprogramm auf Gegenseitigkeit teilnehmen, müssen eine ärztliche Bescheinigung ihres Hausarztes vorlegen. Der Arzt sollte hierbei berücksichtigen, dass der Bewerber/die Bewerberin maximal **drei Monate** in Argentinien verbringen wird)*

Name des Arztes:

Anschrift:

.....

.....

Hiermit bescheinige ich, dass die Schülerin/ der Schüler:,
 die/der beabsichtigt, in der Zeit vom bisnach Argentinien zu reisen,
 mir persönlich bekannt ist.

- Sie/er befindet sich in einem guten allgemeinen Gesundheitszustand.
- Sie/er ist den Anforderungen eines mehrmonatigen Aufenthaltes im Ausland sowohl physisch als auch psychisch gewachsen.
- Sie/er darf an allen schulischen Aktivitäten (z.B. Exkursionen, Zeltlager o.ä.) und am Sportunterricht teilnehmen.

Ich bescheinige darüber hinaus, dass der Schüler/die Schülerin in den letzten 5 Jahren an keiner physischen oder psychischen Erkrankung (einschließlich z.B. Magersucht, Depressionen o.ä.) litt und frei von infektiösen oder ansteckenden Krankheiten ist.

Ort, Datum:

Unterschrift des Arztes + Stempel :

Evtl. zusätzliche Bemerkungen:

.....

.....