

## Gesundheitszeugnis

### für das Prämienprogramm des Pädagogischen Austauschdienstes „Internationales Preisträgerprogramm“

Die Schülerin / der Schüler .....  
(Vorname, Nachname)  
geboren am ..... hat sich am heutigen Tag bei uns persönlich  
tt/mm/jjjj  
vorgestellt und ärztlich untersuchen lassen.

Als Ergebnis dieser Untersuchung wird bestätigt, dass die o.g. Schülerin / der Schüler

	Ja	Nein
a) frei von ansteckenden Krankheiten ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) physisch und psychisch gesund ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) an keiner chronischen Erkrankung (z.B. Diabetes, Malaria) leidet, die ihre / seine Reisefähigkeit beeinträchtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) den physischen und psychischen Herausforderungen* des zwei bis vierwöchigen Deutschlandaufenthalts uneingeschränkt gewachsen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls einer der oben genannten Punkte mit Nein beantwortet wurde, bitten wir um eine ergänzende Erläuterung unter Nennung des entsprechenden Buchstabens a) bis d) hier:

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift und Stempel die Richtigkeit der Angaben  ..... Ort, Datum, Stempel  ..... (Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes)	Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!  ..... ..... (Name, Ort der Praxis/des Krankenhauses)  ..... (Vor-, Nachname der/des untersuchenden Ärztin/des Arztes)
---	---

\*Die Schülerin / der Schüler nimmt den ganzen Tag, oft bis in die Abendstunden, am Programm teil (Museumsbesuche, Sportveranstaltungen, Stadtführungen); dabei werden unter anderem auch mehrstündige Exkursionen zu Fuß absolviert.