

Ärztliches Attest zur Vorlage beim TÜV Nord

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr _____

Adresse _____

geb. am _____

krankheitsbedingt nicht in der Lage sein wird / war
(nichtzutreffendes bitte streichen)

am _____

Im Zeitraum von _____ bis _____

an der theoretischen / praktischen Fahrerlaubnisprüfung teilzunehmen.
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ort, Datum _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes:

Hinweis:

Diese Bescheinigung muss spätestens 1 Tag nach dem Prüfungstag abfotografiert oder eingescannt (pdf, jpg oder png) werden und über die Fahrschule an den TÜV Nord übermittelt werden.