



Personenkennziffer

Ärztliche Bescheinigung

Zur Aufnahme in Tageseinrichtungen/ Tagespflegestellen für Kinder

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geboren am: _____

Krankenversicherung: _____ durch: _____

Überstandene Infektionskrankheiten _____

Bei o.g. Kind wurde ein altersgemäßer, vollständiger und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichender Impfschutz nachgewiesen inkl. Masernschutz.

ja nein

Seh- oder Hörschäden: _____

Organische und Haltungsschäden: _____

Allergien oder Unverträglichkeiten: _____

Krankheiten, Behinderungen, Besonderheiten:

Weitere Hinweise: _____

Übertragbare Krankheiten liegen nicht vor!

Gegen die Aufnahme des Kindes in die o.a. Einrichtung bestehen keine / folgende medizinische Bedenken: _____

Ort/Datum

Unterschrift der Eltern

Stempel und Unterschrift des Arztes