



Ärztliche Bescheinigung

| | |
|------------------|--|
| Vor- Zuname Kind | |
| Geburtsdatum | |
| Adresse: | |

| | | |
|--|----|------|
| Ist das Kind körperlich und geistig dem Alter entsprechend entwickelt? (ankreuzen) | JA | NEIN |
| Gibt es besondere Hinweise betreffend den Kinderbildungs- und betreuungseinrichtungsbesuch zu berücksichtigen? | | |
| wesentliche Defizite | | |
| bestehende Krankheiten (Herzfehler, Diabetes, etc.) | | |

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| körperlich wenig belastbar? | <input type="checkbox"/> |
| soll nicht turnen? | <input type="checkbox"/> |
| dauernde Medikamenteneinnahme? | <input type="checkbox"/> |
| bestehen Allergien? | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche? | |
| sonstige Anmerkungen | |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes