

Zur Vorlage beim Gesundheitsamt

Ärztliche Bescheinigung

Das Kind _____

geb. _____ wurde am: _____

körperlich untersucht.

Es besteht kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sonstige Bemerkungen: _____

Masernimpfschutz: 2 x geimpft 1 x geimpft nicht geimpft

Datum

Praxisstempel, Unterschrift