

**Ärztliche
Bescheinigung**

Hiermit bestätigen wir, dass der/die im Folgenden genannte Sorgeberechtigte

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum Sorgeberechtigte_r _____

aufgrund einer Erkrankung dauerhaft an der Kinderbetreuung gehindert ist.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Aussagen:

Datum

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift der zuständigen Arztpraxis bzw.
des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin