



K 02-09-00_02

Formblatt:

Bescheinigung zur Wiederezulassung in die Kita

Bei meinem Kind

[Empty dotted box for signature]

Ist nach Aussage der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes:

[Empty dotted box for medical statement]

Name der Ärztin / des Arztes

vom

[Empty dotted box for date]

Datum

**eine Wiederezulassung in die Kindertageseinrichtung,
Kindertagespflegestelle bzw. Schule zum**

[Empty dotted box for date]

Datum

wieder möglich.

[Empty dotted box for date]

Datum

[Empty dotted box for signature]

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten