

# Bescheinigung über eine ärztliche/ therapeutische Behandlungen

als Anhang für den Aufnahmeantrag einer Kindertagesstätte der Gemeinde Apen

*Abzugeben bis zum 10.02. des Aufnahmejahres im Kindergarten Ihres Erstwunsches*

Kindertagesstätte:

---

Name des angemeldeten Kindes:

---

Elternteil alleinerziehend

Hiermit wird bestätigt, dass

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

regelmäßig in der Zeit von (Tag + Uhrzeit)

---

bis (Tag + Uhrzeit)

---

zur Behandlung in meiner Praxis ist.

## Angaben zur Praxis:

Praxis:

---

Adresse:

---

Telefon:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/ Stempel des Arztes/ Therapeuten