

Bescheinigung über eine ärztliche/ therapeutische Behandlungen

als Anhang für den Aufnahmeantrag einer Kindertagesstätte der Gemeinde Apen

Abzugeben bis zum 15.01. 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