

Ärztliche Bescheinigung
für die Prüfung der Geeignetheit einer Tagespflegeperson für die Betreuung Kindern
im Rahmen von Kindertagespflege

zur Vorlage bei der
Stadt Verl, Fachbereich Jugend, Paderborner Straße 5 in 33415 Verl

für

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse, Wohnort	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ist der/die o.g. Patient/in zum jetzigen Zeitpunkt

frei von ansteckenden Krankheiten ? Ja Nein
frei von psychischen Erkrankungen ? Ja Nein
frei von Suchterkrankungen ? Ja Nein

**Sprechen andere gesundheitliche Aspekte gegen die Betreuung von
Kindern im Rahmen von Kindertagespflege?** Ja Nein

Bemerkungen:

_____ , _____
Ort Datum

Unterschrift des Arztes

Name, Fachrichtung, Adresse und Ort des Arztes (z.B. per Stempel):