

Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten
nach § 11a Abs. 2 S. 2 Kindertagesstättengesetz Brandenburg

Das Kind _____ (Name, Vorname des Kindes), geb. am

_____ soll zum _____ in der folgenden

Kindertageseinrichtung aufgenommen werden: _____

☐ Das Kind wurde ärztlich untersucht.

☐ Eine ärztliche Beratung des/der Personensorgeberechtigten des Kindes in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen Impfschutz entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ist erfolgt.

☐ Der Impfstatus wurde überprüft und eine Schließung von Impflücken wurde angeboten.

☐ Ärztliche Bedenken gegen die Aufnahme in einer Einrichtung der Kindertagesbetreuung bestehen nicht.

Ort, Datum

Unterschrift, Arztstempel