


Ärztliches Attest


Vorname U
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
geboren am _____

war heute von 11:30 Uhr bis 12:30 Uhr zur Behandlung in meiner Praxis.

Er/Sie kann voraussichtlich vom _____ bis 14.09.20

die Kindertagesbetreuung / den Kindergarten / die Schule nicht besuchen.

am Sportunterricht nicht teilnehmen.

dürfen ihren Vater nicht besuchen

Er/Sie ist zur Zeit frei von sichtbaren, ansteckenden Krankheiten.

11 09 2020
Datum


Praxisstempel & Unterschrift
Kinderärztin/Naturheilverfahren
