



STADTGEMEINDE MATTIGHOFEN

5230 Mattighofen • Stadtplatz 1 • Telefon +43/7742/2255-00 • DVR: 0059871
office@mattighofen.at • www.mattighofen.at

ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

ZUR VORLAGE IM KINDERGARTEN

Angaben zum Kind (von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Wohnadresse: _____

Ist das Kind körperlich und geistig dem Alter entsprechend entwickelt?

Ja Nein

Besondere Hinweise betreffend den Besuch der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung:

wesentliche Defizite:

bestehende Krankheiten (Herzfehler, Diabetes, Anfallsleiden):

körperlich wenig belastbar

soll nicht turnen

dauernde Medikamenteneinnahme: _____

bestehende Allergien: _____

Sonstige Bemerkungen:

Datum

Stempel, Unterschrift des untersuchenden Arztes/der Ärztin

Bitte füllen Sie das Formular leserlich aus, damit es zu keinen Missverständnissen kommt.