

Ärztliche Bescheinigung

Name des Kindes: _____ Geb.: _____

Anschrift: _____

Krankenversicherung: _____ durch: _____

Wird vom Arzt ausgefüllt:

Impfungen:

BCG	Polio	Diphtherie	Tetanus	Pertussis	Masern	Mumps	Röteln	HIB

Frei von sichtbaren Krankheiten: Ja / Nein

Allergien oder Unverträglichkeiten: _____

Folgende Leiden bedürfen besonderer Beachtung:

Organisch gesund: Ja / Nein

Gegen eine 2-wöchige Ferienfreizeitfahrt bestehen **keine** / **folgende** medizinische Bedenken (nicht zutreffendes bitte streichen):

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes