



Stempel Arztpraxis

Ärztliches Attest
für die Tätigkeit als Kindertagespflegeperson im Kreis Pinneberg

Hiermit bescheinige ich, dass bei _____
Name der Kindertagespflegeperson

geboren am _____
Tag/Monat/ Jahr

wohnhaft in _____
Anschrift

keine physischen und psychischen Erkrankungen vorliegen, die der Ausübung einer Tätigkeit als Kindertagespflegeperson entgegensteht.

Ort/ Datum

Unterschrift und Stempel der Arztpraxis