

**Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in Kindertagesstätten**  
nach § 11 Abs. 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