

**Beschneidung zur Wiederezulassung in die  
Kindertageseinrichtung, Kindertagespflegestelle  
oder Schule**



(Auszufüllen von der Eltern)

**Bei meinem Kind**

[Empty dotted box for child's name]

**Ist nach Aussage der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes:**

[Empty dotted box for medical statement]

Name der Ärztin / des Arztes

**vom**

[Empty dotted box for start date]

**Datum**

**eine Wiederezulassung in die Kindertageseinrichtung,  
Kindertagespflegestelle bzw. Schule zum**

[Empty dotted box for end date]

**Datum**

**wieder möglich.**

[Empty dotted box for parent signature]

**Datum**

[Empty dotted box for caregiver signature]

**Unterschrift der / der Erziehungsberechtigten**