

**Ärztliches Attest / Bescheinigung des Gesundheitsamtes
als Anlage 1 zum Antrag auf Schulbegleitung
zur Vorlage bei der Bundesstadt Bonn**

für

Name, Vorname der Schülerin / des Schülers:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):	

O. g. Patientin / o. g. Patient befindet sich in meiner ambulanten / stationären
Behandlung / Betreuung.

Sie / Er gehört zum Personenkreis des § 53 Sozialgesetzbuch XII.

Sie / Er ist

behindert

Art der Behinderung: _____

ICD-10: _____

von einer Behinderung bedroht.

Die Schulbegleitung ist daher erforderlich.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes bzw.
der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters des
Gesundheitsamtes