

Fachärztliches Attest

Hiermit bestätige ich, dass aus fachärztlicher Sicht die Voraussetzungen für den Besuch der Kreativwerkstatt bunter Hund bei meiner/-m Patientin/-en gegeben sind.

Name, Vorname

geb. am _____
Geburtsdatum

Ich befürworte die Teilnahme an der beschäftigungsorientierten, tagesstrukturierenden Maßnahme in der Kreativwerkstatt bunter Hund, Gautingerstr. 61, 82234 Wessling

Datum

Unterschrift/Stempel