



Bescheinigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt – Schuleingangsuntersuchung

Hiermit bestätigen wir _____ (Praxis Name),

dass sich _____ (Name des Kindes)

seit _____ (Beginn der Behandlung)

regelmäßig

_____ (Häufigkeit)

unregelmäßig

in folgender Behandlung in unserer Praxis befindet:

Frühförderung

Logopädie

Ergotherapie

Datum

Unterschrift, Praxis Stempel

Dienstgebäude:
Markgrafenallee 5
95448 Bayreuth

Telefon: 0921 7280
Telefax: 0921 728880

E-Mail: poststelle@lra-bt.bayern.de
Internet: www.landkreis-bayreuth.de

Bankverbindungen:
Sparkasse Bayreuth
IBAN: DE36 7735 0110 0570 0012 06

Postbank Nürnberg
IBAN: DE11 7601 0085 0019 8108 51

Gläubiger-ID: DE97LRA00000048275

Öffnungszeiten:
Mo: 7:30 bis 14:00 Uhr
Di: 7:30 bis 14:00 Uhr
Mi: 7:30 bis 12:00 Uhr
Do: 7:30 bis 17:00 Uhr
Fr: 7:30 bis 13:00 Uhr

