

<hr/> Name, Vorname:	 <p><b>Klinik Werraland</b> Zentrum für Familiengesundheit</p> <p>Prävention und Rehabilitation Psychischer und somatischer Erkrankungen</p> <p>Balzerbornweg 2 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel. 05652/955-0 Fax: 05652/955-100 <a href="mailto:info@klinik-werraland.de">info@klinik-werraland.de</a> <a href="http://www.klinik-werraland.de">www.klinik-werraland.de</a></p>  <p>Vorsorge/Rehabilitation Mütter/Mutter-Kind</p>
<hr/> Geb.-Datum:	
<hr/> Anschrift:	
<hr/> Telefon:	

## Kinder- und Jugendpsychiatrisches Attest

Oben genanntes Kind befindet sich seit \_\_\_\_\_ in meiner psychiatrischen Behandlung.

Sie/er ist psychisch ausreichend stabil, gruppenfähig, nicht eigen- oder fremdgefährdend und damit aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt kurfähig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift, Stempel