



Stillförderung Schweiz  
Promotion allaitement maternel Suisse  
Promozione allattamento al seno Svizzera

## Stillbestätigung

Der/Die Unterzeichnende bestätigt, dass Frau

Vorname, Name

---

ihr Kind

Vorname

---

geboren am

---

aktuell stillt und die gesetzlichen Bestimmungen gemäss Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz (ArGV 1) angewandt werden müssen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift  
Arzt/Ärztin / Hebamme  
Stillberaterin / Mütterberatung

---

---