

## Bestätigung privater Arztuntersuchung für das Schuljahr 2023/24



### An die Eltern/Erziehungsberechtigten

Bitte lassen Sie den Untersuchung mit diesem Formular vom Arzt bestätigen und geben es anschliessend Ihrem Kind bis spätestens Ende März 2024 in die Schule mit.

Der unterzeichnende Arzt bestätigt hiermit

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Klasse / Lehrperson: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**am** \_\_\_\_\_ **untersucht zu haben.**

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

\_\_\_\_\_