

Bestätigung privater Arztuntersuchung für das Schuljahr 2024/25



An die Eltern/Erziehungsberechtigten

Bitte lassen Sie den Untersuchungschein mit diesem Formular vom Arzt bestätigen und geben es anschliessend Ihrem Kind bis spätestens Ende März 2025 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:
