

Ärztliche Untersuchung 2023/2024 Kontrollblatt

Schüler/in

Name

Vorname

Klasse

Privatarzt / Privatärztin

Wir bestätigen, dass die ärztliche Untersuchung beim obgenannten Kind stattgefunden hat.

Arztpraxis (Stempel)

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte retournieren Sie dieses **Kontrollblatt zusammen mit der Schülerkarte** (gelb Mädchen / grün Knaben) **bis Ende Mai 2024** an:

Schulverwaltung Degersheim
Claudia Feierabend
Hauptstrasse 79
9113 Degersheim
claudia.feierabend@degersheim.ch