

**Ärztliche Untersuchung 2026/2027
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 bis Ende Mai 2027** an:

Schulverwaltung Degersheim
Zerina Baltikj
Hauptstrasse 79
9113 Degersheim