



Schulgemeinde

BESTÄTIGUNG DER ÄRZTLICHEN KONTROLLE

Name/Vorname des Kindes: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Geb. Datum: _____

Klasse: _____

Klassenlehrperson: _____

Ich/Wir haben uns entschlossen unser Kind im Rahmen der **obligatorischen schulärztlichen Reihenuntersuchung** durch unsere/n Hausarzt untersuchen zu lassen.

Datum: _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten: _____