

Werte Eltern
Werte Jugendliche

Sie haben sich entschieden die schulärztliche Untersuchung durch Ihren Hausarzt/Kinderarzt durchführen zu lassen.

Bitte bringen Sie untenstehenden Talon zum Ausfüllen ihrem Arzt und retournieren Sie diesen bis am 20.10.2023 an die Klassenlehrkraft.

Bestätigung der Hausärztin/des Hausarztes über die schulärztliche Untersuchung*

Hiermit bestätige ich, dass ich die obligatorische schulärztliche Untersuchung gemäss Verordnung vom 8. Juni 1994 über den schulärztlichen Dienst bei

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klasse _____

Name/Vorname der Eltern: _____

Adresse: _____

- durchgeführt habe oder
 am _____ durchführen werde.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der Hausärztin/
des Hausarztes:

Bis am 20.10.2023 der KlassenlehrerIn zurückgeben

Falls am Tag der schulärztlichen Untersuchung keine Bestätigung des privaten Arztes vorliegt, wird die der Schularzt die obligatorische Untersuchung vornehmen.