

# Ärztliche Untersuchung 2024/2025 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 2025** an:

Schulverwaltung Degersheim  
Claudia Feierabend  
Hauptstrasse 79  
9113 Degersheim