

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