

**Bestätigung der Ärztin/des Arztes über die obligatorische Vorsorgeuntersuchung
in der Kindergartenstufe 2024/25
(für die Schulverwaltung)**

Ich bestätige, dass ich die erste obligatorische Vorsorgeuntersuchung bei folgendem Kind durchgeführt
und allenfalls notwendige Empfehlungen den Eltern mitgeteilt habe:

Name und Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Name der Eltern oder Besorger _____

Adresse _____

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift
Der Ärztin/des Arztes _____

Dieses Blatt geht via Eltern an:

Primarschule Seuzach, Schulverwaltung, Bachwiesenstrasse 2, 8472 Seuzach

Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin stattfinden