

**Bestätigung der Ärztin/des Arztes über die obligatorische Vorsorgeuntersuchung  
in der Kindergartenstufe 2020  
(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, Stationsstrasse 1, 8472 Seuzach**

***Wahlmöglichkeit ärztliche Gesundheitsvorsorge direkt bei der Schulärztin***

die obligatorische Untersuchung soll bei der Schulärztin stattfinden