

**Bestätigung der Ärztin / des Arztes über die schulärztliche Untersuchung in der Mittelstufe 2019/20 (für die Schulverwaltung)**

Ich bestätige, dass ich die schulärztliche Untersuchung in der Mittelstufe 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 bitte senden an:

**Primarschule Seuzach, Schulverwaltung, Stationsstrasse 1, 8472 Seuzach**  
(Antwortcouvert liegt bei)