

## Schulärztlicher Untersuchung / Bestätigung

Personalien Ihres Kindes:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

---

### **Bestätigung Arztuntersuch:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Der / die Unterzeichnende bestätigt, dass er/sie oben erwähntes Kind nach den Richtlinien des Schularztdienstes untersucht hat.

Name / Adresse Arztpraxis: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel  
des untersuchenden Arztes: \_\_\_\_\_

*Das beiliegende Formular geben Sie bitte ausgefüllt bei der Schulverwaltung, Turnhallestrasse 1, 9436 Balgach ab. Es kann auch in einem adressierten Couvert in den Briefkasten der Politischen Gemeinde eingeworfen oder via Email übermittelt werden.*