

Abgabetermin: 1. Juni 2021

KINDERGARTEN
PRIMARSCHULE

4245 KLEINLUETZEL

Kontrollblatt Schulärztliche Untersuchung

Name Schularzt/Aerztin _____

Adresse

Name, Vorname SchülerIn _____

Geburtsdatum/Klasse _____

Strasse, Nummer _____

PLZ, Wohnort _____

Name, Vorname Vater/Mutter _____

Untersuchungsdatum _____

Stempel/Unterschrift der Arztpraxis _____