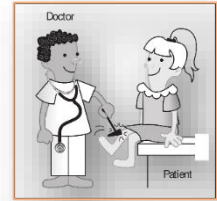




Schulärztliche Untersuchung 2025/26



Terminbestätigung der Eltern für die schulärztliche Untersuchung beim privaten Kinderarzt

Wir bestätigen hiermit, dass wir für unser Kind den Termin zur schulärztlichen Untersuchung vereinbart haben:

Name Kind	
Vorname Kind	
Geburtsdatum	
Klasse	
Name des Arztes/Ärztin	
Unterschrift der Eltern	



Bitte Terminbestätigung bis am **15.12.2025** der Klassenlehrperson abgeben.