

Rückmeldeformular Dispens Schularzt

Name Schüler/in: _____

Vorname Schüler/in: _____

Geb.-Datum: _____

Wohnadresse: _____



1) Obligatorische schulärztliche Untersuchungen:

- Unsere Tochter/Unser Sohn nimmt an den kostenlosen schulärztlichen Untersuchungen teil.
- Unsere Tochter/Unser Sohn wird durch unseren Privatarzt/unsere Privatärztin untersucht. Die Kosten für die Untersuchungen übernehmen wir.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Bitte ausfüllen und unterschrieben senden an: Schule Schüpfheim, Schulsekretariat,
Lädergass 23, 6170 Schüpfheim, schulleitung@schuepfheim.ch