KANTON solothurn

Bestätigung der Kinderärztin/des Kinderarztes bzw. der Hausärztin/des Hausarztes

Hiermit bestätige ich, dass ich die **schulärztliche Untersuchung** von

Name und Vorname des Kindes

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Klasse .....

Schulhaus .....

Name und Vorname der Erziehungsberechtigten

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

☐ durchgeführt habe

☐ durchführen werde am (Datum): .....

Ort und Datum .....

.....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes