SCHULE
WEISSLINGEN

Rückmeldeformular

Bestätigung betreffend schulärztliche Untersuchung in der 5. Primarklasse
Schuljahr 2024/25
(bitte ausgefüllt an die Schulverwaltung Weisslingen schicken)

Angaben zu Ihrem Kind:

Name: …….....

Vorname: …….....

Geburtsdatum: …….....

Klasse / Lehrperson: ……

Untersuchung durchgeführt am: .....

Ort und Datum:

……..

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Schule Weisslingen
Dettenriederstrasse 18 · Postfach 206 · 8484 Weisslingen · Telefon 052 397 31 10 · www.schuleweisslingen.ch