

## Rückmeldeformular

### Bestätigung betreffend schulärztliche Untersuchung auf der Sekundarstufe 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