Verzichtserklärung der Eltern zuhanden Schulärztin oder Schularzt

Hiermit bestätigen wir, dass wir auf die **schulärztliche Untersuchung** von

Name und Vorname des Kindes

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Klasse .....

Schulhaus .....

verzichten.

Name und Vorname der Erziehungsberechtigten

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

Name .....

Vorname .....

Adresse .....

Ort und Datum .....

.....

Unterschrift der Erziehungsberechtigten