Primarschule Berneck
Rathausplatz 1
9442 Berneck

Telefon 071 747 44 88
schule@berneck.ch
www.berneck.ch

Schulverwaltung

Anmeldeblatt für die schulärztliche Untersuchung SJ 2023/4

Personalien des Kindes

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Vorname der Mutter: .....

Vorname des Vaters: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Klasse / Lehrperson: .....

Unterschrift der Eltern: .....

Bitte bis spätestens 31. Aug. 2023 der Lehrkraft abgeben, egal ob Sie Schul- oder Privatarzt wählen. Danke!

Ich möchte mein Kind beim/bei der

☐	**Schulärztin/Schularzt** untersuchen und wenn nötig, impfen lassen. - Bitte das ausgefüllte Anmeldeblatt zusammen mit dem Impfausweis der Klassenlehrperson abgeben.
☐	**Haus- oder Kinderarzt** untersuchen lassen. - Vereinbaren Sie bitte bei Ihrem Haus- oder Kinderarzt einen Termin. - Die beiliegende Bestätigung sowie den Impfausweis unbedingt zur Untersuchung mitnehmen. - Die Bestätigung der Untersuchung ist durch Ihren Haus- oder Kinderarzt auszufüllen und bis spätestens **31.12.2023** an die Schulverwaltung, Rathausplatz 1, 9442 Berneck zu senden.

Primarschule Berneck
Rathausplatz 1
9442 Berneck

Telefon 071 747 44 88
schule@berneck.ch
www.berneck.ch

Schulverwaltung

Schulärztliche Untersuchung beim Privatarzt SJ 2023/24

Personalien des Kindes

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Klasse / Lehrperson: .....

Bitte bis spätestens 31. Dez. 2023 an die Schulverwaltung Berneck, Rathausplatz 1, 9442 Berneck senden. Danke!

Bestätigung Untersuch durch Haus- oder Kinderarzt

1. Die unterzeichnende Ärztin/der unterzeichnende Arzt bestätigt, dass sie/er oben erwähntes Kind gemäss den Richtlinien des Schularztdienstes am ...……. untersucht hat.

2. Untersuchungsbefund: (entsprechendes ankreuzen)

   Kein abklärungsbedürftiger Befund ☐

   Abklärungsbedürftiger Befund den Erziehungsberechtigten mitgeteilt ☐

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: ……

Ort / Datum: ……