

ÄRZTLICHES SCHULATTEST

Schulbescheinigung · Ärztliche Beurteilung / Fehlzeit

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Unternehmen / Betriebsärztlicher Dienst: _____ Tel.: _____

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG FÜR SCHULZWECKE

Schüler/in: _____ Geburtsdatum: _____

Schule / Bildungseinrichtung: _____ Klasse / Jahrgang: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

ÄRZTLICHE BEURTEILUNG:

Untersuchung am: _____ Schulbefreiung von: _____ Rückkehr zum Unterricht: _____

SCHULFÄHIGKEIT / EMPFEHLUNG:

- ☐ Schulbesuch möglich ☐ Vorübergehende Schonung ☐ Schulbesuch vorübergehend nicht möglich
☐ Sportunterricht eingeschränkt / befreit

MEDIZINISCHE HINWEISE / EMPFEHLUNGEN:

Diese Bescheinigung wurde ausgestellt in: _____

Ärztin/Arzt: _____ Berufs-/Registrierungsnr.: _____ Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes