

Ärztliche Bescheinigung für Schüler der Grundschule Wartmannsroth

Name, Vorname _____

geboren am _____

war am _____

in der Zeit von _____ bis _____

zur ärztlichen Behandlung in meiner Praxis.
Die Behandlung konnte nicht außerhalb der Schulzeit
durchgeführt werden.

Aufgrund der Erkrankung besteht

seit _____ bis _____ eine

Arbeitsunfähigkeit

Schulunfähigkeit

Sportunfähigkeit

Datum

Arztstempel