

Root, Schuljahr 2025/26

### **Bestätigung des Privatarztes oder der Privatärztin**

Bestätigung des Arztes/der Ärztin über die obligatorische Untersuchung, gemäss § 51 des Gesundheitsgesetzes.

#### **Schüler/in**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

Klassenlehrperson \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die Bestätigung **bis spätestens 31. März 2026** an [sekretariat@schule-root.ch](mailto:sekretariat@schule-root.ch) oder geben sie im Sekretariat ab (Schulstrasse 14, Altes Gemeindehaus).

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Schule Root