Schule Root

Root, Schuljahr 2026/27

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 2027** an sekretariat@schule-root.ch oder geben sie im Sekretariat ab (Schulstrasse 14, Altes Gemeindehaus).

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Schule Root

Schule Root Schulstrasse 14 T 041 455 40 80
6037 Root sekretariat@schule-root.ch
www.schule-root.ch