

ÄRZTLICHE BESCHERINIGUNG FÜR DIE SCHULE

Name des Schülers / der Schülerin : _____

Geburtsdatum : _____

Ärztliche Feststellung:

Hiermit bescheinige ich, dass der/die oben genannte Schüler/in nach eingehender Untersuchung gesundheitlich in der Lage ist, am schulischen Unterricht teilzunehmen, bzw. aus medizinischen Gründen zeitweise vom Unterricht befreit werden muss.

Zeitraum der Befreiung vom Unterricht (falls zutreffend):

Von: _____ Bis: _____

Begründung der Befreiung:

Empfehlungen / Hinweise für die Schule:

AUSSTELLENDER ARZT / ÄRZTIN

SCHULE / EINRICHTUNG

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterklar.com/arztliche-bescheinigung-schule-vordruck/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.