

Durch den Arzt / die Ärztin ausfüllen lassen und bis Ende der Kindergartenstufe retournieren an:

Schule Rorbas-Freienstein-Teufen  
Schulverwaltung  
Zilacherstrasse 12  
8427 Rorbas

**Bestätigung für die schulärztliche Vorsorgeuntersuchung  
auf der Kindergartenstufe** VSG §20, VSV §§ 16 - 18

	Schülerin / Schüler
Name:	.....
Vorname:	.....
Geb.-Datum:	.....

**Datum der  
Vorsorgeuntersuchung** .....

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin:
---------------------------------------

*Rechnungsstellung Vorsorgeuntersuchungen:*

**Rechnungsstellung an Eltern / Erziehungsverantwortliche**

Bis zum vollendeten 5. Altersjahr übernimmt die Krankenkasse die Kosten