_____

Arztstempel

Mittelschule
Waidhofen/Thaya

Ä R Z T L I C H E B E S T Ä T I G U N G

Der Schüler / Die Schülerin

……., geb. am ……..

ist gesundheitlich geeignet, die Sportklasse der Mittelschule Waidhofen/Thaya zu besuchen.

…… ……..

Datum Unterschrift des Arztes