



Name, Vorname: Schulgemeinde: Konfession:

Adresse: Geburtsdatum:

Adressänderung: Schuleintritt:

Name der Eltern: Schulhaus:

Bürgerort: Beruf: Schularzt:

Telefon:

Kindergarten	Mittelstufe	vor Schulaustritt
AUGENÄRZTLICHE BEFUNDE		
Visus - links unkor. korr. - rechts unkor. korr.	Visus - links unkor. korr. - rechts unkor. korr.	Visus - links unkor. korr. - rechts unkor. korr.
IMPFUNGEN		
Tuberkulin-Probe		Tuberkulin-Probe

BEMERKUNGEN, ZUSÄTZLICHE BEFUNDE
Kindergarten
Mittelstufe
vor Schulaustritt
zusätzliche Untersuchung (Klasse, Datum)