

BESTÄTIGUNG DES ARZTES

Der Schüler / die Schülerin _____ Klasse _____

der Europa-Berufsschule in Weiden war am

_____ um _____ Uhr in meiner Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsschule Weiden
Stockerhutweg 52
92637 Weiden i. d. OPf.
Tel.: 0961 / 206 - 0
Fax: 0961 / 206 - 118

Internet
E-Mail:
sek@eu-bs.de
Homepage:
www.europa-berufsschule.de

Anfahrt
A 93: Ausfahrt Frauenricht
Deutsche Bahn:
Hauptbahnhof Weiden i. d. OPf.
Zentraler Omnibusbahnhof: Linie 7

Öffnungszeiten Sekretariat
Montag bis Donnerstag:
7:30 – 16:00 Uhr
Freitag:
7:30 – 14:00 Uhr

BESTÄTIGUNG ARZTBESUCH.DOC

BESTÄTIGUNG DES ARZTES

Der Schüler / die Schülerin _____ Klasse _____

der Europa-Berufsschule in Weiden war am

_____ um _____ Uhr in meiner Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsschule Weiden
Stockerhutweg 52
92637 Weiden i. d. OPf.
Tel.: 0961 / 206 - 0
Fax: 0961 / 206 - 118

Internet
E-Mail:
sek@eu-bs.de
Homepage:
www.europa-berufsschule.de

Anfahrt
A 93: Ausfahrt Frauenricht
Deutsche Bahn:
Hauptbahnhof Weiden i. d. OPf.
Zentraler Omnibusbahnhof: Linie 7

Öffnungszeiten Sekretariat
Montag bis Donnerstag:
7:30 – 16:00 Uhr
Freitag:
7:30 – 14:00 Uhr

BESTÄTIGUNG ARZTBESUCH.DOC