

Bestätigung des Arztes

BERUFLICHES SCHULZENTRUM



Herr/Frau

Klasse war am um Uhr

bei mir in Behandlung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Staatliches Berufliches Schulzentrum Weiden
Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsfachschule für Fremdsprachenberufe
Staatl. Fachakademie für Sprachen und intern. Kommunikation
Referenzschule für Medienbildung / Digitale Schule
Schule mit Profil Inklusion / Umweltschule in Europa
Botschafterschule für das Europäische Parlament

Stockerhutweg 52
92637 Weiden i.d.OPf.
Telefon: 0961 / 206 - 1200
Fax: 0961 / 206 - 1118
E-Mail: sek@eu-bs.de
Internet: www.eu-bs.de
Schulnummer: Z 311

Bestätigung des Arztes

BERUFLICHES SCHULZENTRUM



Herr/Frau

Klasse war am um Uhr

bei mir in Behandlung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Staatliches Berufliches Schulzentrum Weiden
Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsfachschule für Fremdsprachenberufe
Staatl. Fachakademie für Sprachen und intern. Kommunikation
Referenzschule für Medienbildung / Digitale Schule
Schule mit Profil Inklusion / Umweltschule in Europa
Botschafterschule für das Europäische Parlament

Stockerhutweg 52
92637 Weiden i.d.OPf.
Telefon: 0961 / 206 - 1200
Fax: 0961 / 206 - 1118
E-Mail: sek@eu-bs.de
Internet: www.eu-bs.de
Schulnummer: Z 311