

Name: _____

Geb. Datum: _____

Ein Termin für eine amtsärztliche Untersuchung ist möglich:
(bitte alle Ihnen möglichen Tage ankreuzen)

	Vormittag	Nachmittag
Mo	<input type="checkbox"/>	---
Di	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi	<input type="checkbox"/>	---
Do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fr	<input type="checkbox"/>	---

Anmerkungen

Selbstverständlich bekommen Sie auf Anfrage gerne eine Terminbestätigung für die Schule bzw. den Arbeitgeber ausgestellt.