



Michaeli-Gymnasium München

Hachinger-Bach-Str. 25

81671 München

T +49. 89. 450 563-0

F +49. 89. 450 563-33

michaeli-gymnasium@muenchen.de

www.michaeli-gymnasium.de

Arztbestätigung

über die Behandlung der Schülerin/des Schülers

Vor- und Zuname Klasse

am _____ von _____ bis _____
Datum Uhrzeit Uhrzeit

Der/Die Genannte

war zu diesem Zeitpunkt bei mir in Behandlung

ist zu diesem Zeitpunkt bei mir zur Behandlung angemeldet

bitte ankreuzen

Die Behandlung konnte/kann aus zwingenden Gründen nur in der **Unterrichtszeit** durchgeführt werden.

Die Schule bittet Sie im Interesse der Schüler, in Zukunft nach Möglichkeit einen Besuchstermin **außerhalb der Unterrichtszeit** anzusetzen.

Datum

Unterschrift

Stempel