

Bestätigung des Arztes

EUROPA-BERUFSSCHULE



Herr/Frau

Klasse war am um Uhr

bei mir in Behandlung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsschule Weiden
Modus 21-Schule
Profil 21-Schule
Inklusive Schule

Stockerhutweg 52
92637 Weiden i.d.OPf.
Tel.: 0961 / 206 – 0
Fax: 0961 / 206 – 118
E-Mail: sek@eu-bs.de
Internet: www.europa-berufsschule.de

Bestätigung des Arztes

EUROPA-BERUFSSCHULE



Herr/Frau

Klasse war am um Uhr

bei mir in Behandlung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Europa-Berufsschule
Staatl. Berufsschule Weiden
Modus 21-Schule
Profil 21-Schule
Inklusive Schule

Stockerhutweg 52
92637 Weiden i.d.OPf.
Tel.: 0961 / 206 – 0
Fax: 0961 / 206 – 118
E-Mail: sek@eu-bs.de
Internet: www.europa-berufsschule.de