



Direction de la santé

FORMULAR ZUR BEENDUNG DER AUSÜBUNG DES INDIVIDUELLEN BETREUUNGSPROJEKTES

Lebensmittelallergien
Allergien
Asthma

Epilepsie
Fieberkrämpfen
Herzerkrankung

Diabetes
Hämophilie
Andere (bitte ergänzen)
.....

Name und Vorname des Kindes: _____

Identifikationsnummer: _____
(Geburtsdatum, wenn nicht vorhanden)

Name der Schule : _____

Ausserschulischebetreuung : _____

Ich, der/die Unterzeichnete _____,
gesetzliche(r) Verteter(in) von _____
hiermit beanfragt die Beendung der Ausübung des Individuellen
Betreuungsprojektes von Dr _____ vorgechrieben.

Datum und Unterschrift des/der gesetzlicher/n Vertreter(in) :