



## Bestätigung Arztbesuch

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin / der Schüler

\_\_\_\_\_

des Alexander-von-Humboldt-Gymnasiums in der Zeit von \_\_\_\_\_ Uhr bis  
\_\_\_\_\_ Uhr zur Behandlung in meiner Praxis war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

