

Grundschule Auetal
Schulstr. 9
31749 Auetal

Bescheinigung

Hiermit bestätige ich _____

die Durchführung der **Zweitbehandlung**

bei meiner/meinem Tochter/Sohn _____, Klasse _____

am _____.

Name _____

Anschrift _____

Datum

Unterschrift