Briefkopf

allgemeine Schule

Adresse der Eltern/Sorgeberechtigte Datum

**Empfehlung zur ärztlichen Abklärung**

**Betrifft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Die *(Name der Schule)* empfiehlt die Vorstellung Ihres Kindes bei

* Kinderärztin/-arzt
* HNO-Ärztin/-Arzt
* Sozialpädiatrisches Zentrum
* Kinder- und Jugendpsychiaterin/-psychiater
* …

**Anlass:**

Frankfurt am Main, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lehrkraft