**Amtsärztliche Bestätigung im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung zum Status „Schwerstmehrfachbehinderung“
von Schülerinnen/Schülern**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname Schüler/in:** |       |
|  |  |
| **Geburtsdatum:** |       |
|  |  |
| Amtsärztliche Bestätigung im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung gemäß der Verordnung des SMK über die Schulgesundheitspflege (Sächsische Schulgesundheits-pflegeverordnung - SächsSchulGesPflVO). |
| Im Ergebnis der kinder- und jugendärztlichen Untersuchung |
| im Schuljahr |       /       | wird für die o. g. Schülerin/ den o. g. Schüler der Status |
| **Schwerstmehrfachbehinderung** |
|  ärztlicherseits empfohlen. |
|  |
|       |  |       |
| Ort/ Datum |  | Unterschrift der Ärztin/des Arztes |
|  |  |  |
|  |  | Stempel/Anschrift der Ärztin/des Arztes |