



Intyg angående skolskjuts

Plats för Id-etikett

Härmed intygas att ovanstående patient kan delta i skolarbetet om skolskjuts ordnas.

Orsak.....

.....

.

.....

Datum giltighetstid-.....

.....

Underskrift läkare

.....

Namnförtydligande

Dagens datum.....