



Bestätigung privater Zahnarztuntersuchung für das Schuljahr 2024/25

An die Eltern:

Bitte lassen Sie den Untersuchung mit diesem Formular vom Zahnarzt bestätigen und geben es anschliessend Ihrem Kind bis spätestens Ende März 2025 in die Schule mit.

Der unterzeichnende Zahnarzt bestätigt hiermit:

Vorname / Name: _____

Klasse / Lehrperson: _____

Name der Eltern: _____

Adresse: _____

am _____ **untersucht zu haben.**

Datum:

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:
