

Bestätigung der Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt

Angaben zum Kind

Name:
Vorname:
Schulhaus: Klasse: Lehrperson:

Ich bestätige, die obligatorische Zahnuntersuchung bei oben genanntem Kind durchgeführt zu haben:

Zahnarzt:
Adresse:
Ort:

Datum: Unterschrift Zahnarzt:

Bitte die Bestätigung bis **Ende April** im Schulsekretariat Diepoldsau, Gemeindeplatz 1, 9444 Diepoldsau einreichen. Dafür danken wir Ihnen im Voraus.

Bestätigung der Zahnuntersuchung beim Privatzahnarzt

Angaben zum Kind

Name:
Vorname:
Schulhaus: Klasse: Lehrperson:

Ich bestätige, die obligatorische Zahnuntersuchung bei oben genanntem Kind durchgeführt zu haben:

Zahnarzt:
Adresse:
Ort:

Datum: Unterschrift Zahnarzt:

Bitte die Bestätigung bis **Ende April** im Schulsekretariat Diepoldsau, Gemeindeplatz 1, 9444 Diepoldsau einreichen. Dafür danken wir Ihnen im Voraus.