

Bestätigung über die Durchführung der jährlichen Zahnuntersuchung

Angaben Schülerin / Schüler

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Klassenlehrperson _____

Bestätigung Zahnarzt

Die obligatorische jährliche Zahnkontrolle wurde bei der Schülerin / dem Schüler durchgeführt.

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift _____

.....

Diese Bestätigung ist mit einer Kopie der Zahnarztrechnung der Schulverwaltung abzugeben bez. einzureichen. Bitte legen Sie der Bestätigung einen Einzahlungsschein bei oder geben Sie Ihre Kontoinformationen an.

Konto lautet auf _____

IBAN-Nr. _____