SCHULE Eschenbach

Obligatorische jährliche Zahnkontrolle:
Bestätigung durch die private Zahnarztpraxis

Wir bestätigen, dass sich die/der nachfolgend aufgeführte Lernende der obligatorischen jährlichen Zahnkontrolle unterzogen hat.

Schuljahr: _____

Name und Vorname
des/der Lernenden: _____

Geburtstag: _____

Klasse / Schulhaus: _____

Stempel und Unterschrift der/des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

Datum: _____

Wir bitten die Eltern/Erziehungsberechtigen, das ausgefüllte Formular bis spätestens am 31.01. zurückzusenden an:

Sekretariat Schule Eschenbach
Schulhausweg 12
6274 Eschenbach

sekretariat@schule-eschenbach.ch