

Bestätigung über die Durchführung der jährlichen Zahnuntersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klassenlehrer/in: _____

Bestätigung Zahnarzt

Die obligatorische jährliche Zahnkontrolle wurde bei der/m Schüler/in durchgeführt.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson oder der Schulverwaltung abzugeben bzw. einzureichen. Bitte legen Sie der Bestätigung einen **Einzahlungsschein** bei **oder** geben Sie ihre **Kontoinformationen** an.