

Primarschule Ossingen

Guntibachstrasse 12
8475 Ossingen

Telefon 052 317 15 45
schulverwaltung@ps-ossingen.ch
www.ps-ossingen.ch



Bestätigung über die Durchführung der jährlichen Zahnuntersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Klassenlehrperson: _____

Bestätigung Zahnarzt

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

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift:

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

Konto lautet auf den Namen: _____

IBAN Nr.: _____