

Bestätigung – zahnärztlicher Untersuchung beim Privatzahnarzt

Personalien SchülerIn:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Klasse:

Lehrperson: Schulhaus:.....

Bestätigung des privaten Zahnarztes für das Schuljahr 2026/27:

Angaben Zahnarzt:.....

Datum des Untersuchs:

Datum:

Stempel und Unterschrift:

.....

Bitte ergänzen und bis spätestens Ende April 2027 an die Schulverwaltung Flums retournieren.