



Meldeblatt jährliche zahnärztliche Untersuchung

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht w m

Klasse _____

Klassenlehrperson/en _____

Wir wünschen keine Fluorbehandlung für unser Kind. (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Wir verpflichten uns, unsere Tochter/unseren Sohn jährlich beim Privatzahnarzt untersuchen zu lassen. Den Termin vereinbaren wir nach unserem Gutdünken, ausserhalb der Schulzeit.

Privatzahnärztin/Privatzahnarzt

Name/Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Wir haben keine Möglichkeit unsere Tochter/unseren Sohn bei einem privaten Zahnarzt anzumelden.

Zahnarztzuteilung durch die Schule

Datum _____ Unterschrift der Eltern _____

Ihre Wahl bleibt gültig für die gesamte weitere Schulzeit Ihres Kindes. Allfällige Änderungen melden Sie bitte dem Schulsekretariat.

Bitte Meldeblatt ausgefüllt dem Schulsekretariat zukommen lassen.