



Bestätigung Kontrolluntersuchung durch den Privatzahnarzt für das Schuljahr _____

Name und Vorname Schüler/in _____

Klasse / Lehrperson _____

Bitte lassen Sie hier die Kontrolluntersuchung durch Ihren Zahnarzt bestätigen:

Datum	Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Anstelle der Bestätigung können Sie uns auch eine Kopie der Zahnarztrechnung beilegen.
Die Untersuchung muss während des Schuljahrs erfolgt sein.

Ein Teil der Kosten, nämlich Fr. 40.- pro Schuljahr, werden Ihnen auf Ihr Bank- oder Postkonto zurückerstattet. Bitte legen Sie dem Formular einen Einzahlungsschein bei oder füllen Sie folgende Angaben aus:

IBAN-Nr Ihres Bankkontos _____

Name der Bank _____

Name des Kontoinhabers _____

Adresse des Kontoinhabers _____

Bitte geben Sie diese Bestätigung der Lehrperson Ihres Kindes ab oder stellen Sie es direkt der Schulverwaltung zu.