

Vorname, Name Gesuchsteller  
Strasse  
PLZ, Wohnort  
Tel.

Abteilungsleiterin Bildung  
Frau Carla Blumenthal  
Gemeindeschule Schüpfheim  
Lädergass 23  
6170 Schüpfheim

Ort, Datum

### **Gesuch um Befreiung vom schulzahnärztlichen Untersuch**

Sehr geehrte Frau Blumenthal

Für unsere Tochter/unseren Sohn (Name und Jahrgang des Kindes) stellen wir hiermit ein Gesuch um Dispens vom jährlichen schulzahnärztlichen Untersuch beim Schulzahnarzt der Gemeinde Schüpfheim. Diesen Untersuch führt unser Privat-Zahnarzt durch.

Wir bitten Sie, diesem Gesuch zu entsprechen und uns Ihren Entscheid mitzuteilen.

Freundliche Grüsse

Vorname, Name Gesuchsteller