

Rückmeldeformular Dispens Schulzahnarzt

Name Schüler/in: _____

Vorname Schüler/in: _____

Geb.-Datum: _____

Wohnadresse: _____



1) Obligatorische schulzahnärztliche Untersuchungen:

- Unsere Tochter/Unser Sohn nimmt an den kostenlosen schulzahnärztlichen Untersuchungen teil.
- Unsere Tochter/Unser Sohn wird durch unseren Privatzahnarzt/unsere Privatzahnärztin untersucht. Die Kosten für die Untersuchungen übernehmen wir.

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Bitte ausfüllen und unterschrieben senden an: Schule Schüpfheim, Schulsekretariat,
Lädergass 23, 6170 Schüpfheim, schulleitung@schuepfheim.ch