

Schulzahnpflege Schuljahr 2024/25 Bestätigung Privatzahnarzt

Vorname:

Name:

Klasse:

Gerne bestätigen wir, dass obengenannte Schülerin /
obengenannter Schüler in unserer Zahnarztpraxis
in zahnärztlicher Behandlung ist.

Datum

Stempel / Unterschrift Zahnarztpraxis

Wird die unterzeichnete Bestätigung bis am **15.12.2024**
der Klassenlehrperson abgegeben, wird das Kind von der
obligatorischen Schulzahnpflege befreit.