



Meldeblatt jährliche zahnärztliche Untersuchung

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht w m

Klasse _____

Klassenlehrperson _____

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, wenn immer möglich 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 der Schulverwaltung.

Bitte Meldeblatt ausgefüllt der Schulverwaltung zukommen lassen.

SCHULVERWALTUNG

Schule Stammheim / Bahnhofstrasse 7 / 8476 Unterstammheim / www.schule-stammheim.ch
schulverwaltung@stammheim.ch / Tel. 052 745 18 28