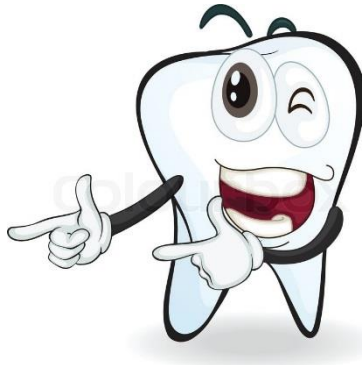


Schulsekretariat
Kappelenstrasse 23, 3472 Wynigen
Tel. 034 415 17 06
sekretariat@schule-ws.ch



Obligatorische schulzahnärztliche Untersuchung (Art. 60 des VSG) Untersuchungsbestätigung 2023/2024

Von den Eltern auszufüllen:

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnsitz:

Schule/Klasse:

Die Zahnärztin/der Zahnarzt bestätigt, dass für oben genanntes Kind die obligatorische zahnärztliche Untersuchung für das Schuljahr 2023/24 (bis 30. April 2024) vorgenommen worden ist.

Von der Zahnärztin/vom Zahnarzt auszufüllen:

Datum:

Stempel und Unterschrift
der Zahnärztin/des Zahnarztes:

Folgebehandlung notwendig (bitte ankreuzen):

- nein
- ja Termin:
- Bestätigung Termin

Stempel und Unterschrift
der Zahnärztin/des Zahnarztes: