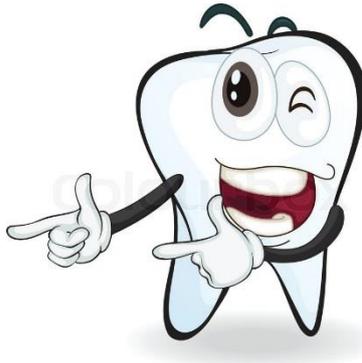


**Schulsekretariat**  
Kappelenstrasse 23, 3472 Wynigen  
Tel. 034 415 17 06  
sekretariat@schule-ws.ch



## **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: