



Nachweis über die durchgeführte obligatorische Untersuchung zuhanden der Schule Gaiserwald / Schulzahnpflege

Name / Vorname des Kindes

Klasse / Lehrperson / Schulhaus

Der nachstehend genannte Zahnarzt bestätigt, am
die obligatorische jährliche Untersuchung durchgeführt zu haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

.....

Die Eltern reichen diesen Nachweis bis spätestens Ende des ersten Semesters (31. Januar) der Klassenlehrperson ein.