

SCHULZAHNKARTE

Bitte beim Zahnarzt ausfüllen lassen und der Lehrkraft abgeben!



Kindergarten und Primarschule Büsserach Schulzahnpflege

Zahnarzt:
.....

Anmeldung: Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
4227 B ü s s e r a c h
Telefon:
Adresse Vater oder Mutter:
.....

Kontrolle durchgeführt am:
Stempel / Unterschrift des Zahnarztes: