

⇒ **Abgabetermin: 05. April 2024** ⇐

**Bestätigung für die Durchführung der obligatorischen Schulzahnpflege-Untersuchung
Schuljahr 2023/24**

Schüler*in:

Klasse: Standort:

Geburtsdatum:

Bemerkungen

Der/die unten stehende Zahnarzt / Zahnärztin bestätigt, dass für oben genannte Schüler*in die obligatorische Schulzahnpflege-Untersuchung für das Schuljahr 2023/24 vorgenommen worden ist.

Untersuchungsdatum:

Stempel des Zahnarztes / der Zahnärztin und Visum:

.....

.....

.....

Bestätigung der Erziehungsberechtigten

I

Datum:

Unterschrift:

.....

.....