

Sehr geehrte Eltern

Gemäss gesetzlicher Regelung haben sich die Schülerinnen und Schüler einer regelmässigen Zahnkontrolle und wenn nötig einer Behandlung zu unterziehen. Dies kann beim Schulzahnarzt oder bei einem Privatzahnarzt Ihrer Wahl erfolgen.

Sie haben sich entschlossen, Ihr Kind nicht vom Schulzahnarzt kontrollieren zu lassen. Daher bitten wir Sie, die Kontrolle auf eigene Kosten bei Ihrem Privatzahnarzt zu veranlassen. Die Untersuchung und eventuelle Behandlung muss von Ihrem Zahnarzt auf dem unten stehenden Formular bestätigt werden. Geben Sie das unterschriebene Formular zusammen mit dem Zahnbüchlein bis spätestens **Mitte Juni 2011** der Klassenlehrperson Ihres Kindes ab.

Bei Unklarheiten oder Fragen wenden Sie sich bitte an die Schulleitung, Alfons Lichtsteiner 041 988 19 38 oder an den Schulverwalter Maurer Markus 062 962 01 05.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüssen

SCHULLEITUNG: Alfons Lichtsteiner

SCHULVERWALTUNG: Markus Maurer

Zahnkontrolle beim Privatzahnarzt im Schuljahr 2010/2011

Personalien des Kindes

Name:	Vorname:	Klasse:
Strasse:	PLZ und Ort	Tel.

Bestätigung der Eltern/Erziehungsberechtigten:

Unser Kind wird im Schuljahr 2010/2011 vom Privatzahnarzt kontrolliert und behandelt.

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Bestätigung des Zahnarztes:

Die Kontrolluntersuchung wurde durchgeführt.

Eine Behandlung war: notwendig
 nicht notwendig

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes: