

# 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:**