

Bestätigung Kontrolluntersuchung durch den Privatzahnarzt, für das Schuljahr 2019/20

Name und Vorname Schüler/in _____

Klasse / Lehrperson _____

Bitte lassen Sie hier die Kontrolluntersuchung durch Ihren Zahnarzt bestätigen:

Datum	Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

Anstelle der Bestätigung können Sie uns auch eine Kopie der Zahnarztrechnung beilegen.
Die Untersuchung muss im Schuljahr 2019/20 (**bis spätestens 1.8.2020**) erfolgt sein.

Ein Teil der Kosten, nämlich Fr. 65.00, werden Ihnen auf Ihr Bank- oder Postkonto zurückerstattet. **Bitte legen Sie dem Formular einen Einzahlungsschein bei oder füllen Sie folgende Angaben aus:**

IBAN-Nr. Ihres Bankkontos _____

Name der Bank _____

Name des Kontoinhabers _____

Adresse des Kontoinhabers _____

Bitte stellen Sie diese Bestätigung direkt der Schulverwaltung zu.