

Bestätigung Kontrolluntersuchung durch den Privatzahnarzt Für das Schuljahr 2021/22

Name und Vorname Schüler/in _____

Klasse / Lehrperson _____

Bitte lassen Sie hier die Kontrolluntersuchung durch Ihren Zahnarzt bestätigen:

Datum	Stempel und Unterschrift des Zahnarztes
-------	---

Die Untersuchung muss im Schuljahr 2021/22 (**bis spätestens 31.07.2022**) erfolgt sein.

Ein Teil der Kosten, nämlich der Anteil der Untersuchung im Umfang von Fr. 88.80, 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 reichen Sie diese Bestätigung zusammen mit einer **Kopie der Zahnarztrechnung** der Schulverwaltung ein.