



Nicole Brunello, 032 617 36 39

Schulkreis BeLoSe  
Friedhofstrasse 2  
4512 Bellach

### Anmeldung zur Schulzahnpflege

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name/Vorname Eltern: .....

.....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Bitte gewünschte/n Zahnärztin / Zahnarzt ankreuzen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dres. Bracher/Lisibach/Kläy<br>Lorettostr. 33<br>4500 Solothurn<br>032/623 33 11   | <input type="checkbox"/> Dr. Gilles Ducaud<br>St. Urbangasse 23<br>4500 Solothurn<br>032/625 79 79    |
| <input type="checkbox"/> Dr. Alix Vestergaard Pauli<br>Gassackerweg 4a<br>2545 Selzach<br>032/641 22 22   | <input type="checkbox"/> Dr. Sven Witmer<br>Niklaus-Konrad-Str. 19<br>4500 Solothurn<br>032/622 29 78 |
| <input type="checkbox"/> Zahnmedizin Obach<br>Leopoldstrasse 1<br>4500 Solothurn<br>032/622 39 73   |   |
| <input type="checkbox"/> Wir haben einen privaten Zahnarzt, der die Behandlung übernimmt; unser Kind kommt aber zur regelmässigen Kontrolle (bitte oben somit einen Zahnarzt wählen). |   |

Unterschrift eines Elternteils

Datum:

.....

.....