



Schulkreis BeLoSe  
Friedhofstrasse 2  
4512 Bellach

## Anmeldung zur Schulzahnpflege

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Name/Vorname Eltern: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Bitte gewünschte/n Zahnärztin / Zahnarzt ankreuzen

☐ Dres. Bracher/Lisibach/Kläy  
Loretostr. 33  
4500 Solothurn  
032/623 33 11

☐ Dr. Gilles Ducaud  
St. Urbangasse 23  
4500 Solothurn  
032/625 79 79

☐ Dr. Alix Vestergaard Pauli  
Gassackerweg 4a  
2545 Selzach  
032/641 22 22

☐ Dr. Sven Witmer  
Niklaus-Konrad-Str. 19  
4500 Solothurn  
032/622 29 78

☐ Zahnmedizin Obach  
Leopoldstrasse 1  
4500 Solothurn  
032/622 39 73

☐ 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:

.....

.....