



Schulkreis BeLoSe
Friedhofstrasse 2
4512 Bellach

Antrag auf Wiederaufnahme in die Schulzahnpflege

Hiermit beantragen wir folgende/ Schüler/in wieder in die Schulzahnpflege aufzunehmen:

Name / Vorname:

Name des gesetzl. Vertreters/
der gesetzl. Vertreterin:

Adresse:

Kindergarten / Klasse :

Die/der unterzeichnende Zahnärztin/Zahnarzt bestätigt hiermit, dass beim obgenannten Schüler alle notwendigen Behandlungen vorgenommen wurden und das Gebiss auf Kosten der Eltern instand gestellt wurde.

Bemerkungen:
.....
.....

Ort / Datum:

Stempel der Praxis und Unterschrift der/
des behandelnden Zahnärztin/Zahnarztes:

.....