**SCHULZAHNKARTE**



**⇨ Bitte Karte beim Zahnarzt ausfüllen lassen und der Klassenlehrperson abgeben!**

**Kindergarten und Primarschule Heimisbach**

**Schulzahnpflege**

Ein Bild, das Zeichnung, Clipart, Darstellung, Entwurf enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Zahnarzt:** .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Anmeldung** Name:.................................................................................................................................................................................................................................................

Vorname:....................................................................................................................................................................................................................................

Geburtsdatum:...............................................................................................................................................................................................................

Adresse/Strasse:.........................................................................................................................................................................................................

**3453 Heimisbach**

Telefonnummer:.........................................................................................................................................................................................................

Adresse Vater oder Mutter:

.................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Kontrolle durchgeführt am:** .................................................................................................................................................................................................................................

**Stempel / Unterschrift des Zahnarztes:**