**SCHULZAHNKARTE**



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

**Kindergarten und Primarschule Heimisbach**

 **Schulzahnpflege**



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

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

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

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

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

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

 **3453 Heimisbach**

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

 Adresse Vater oder Mutter:

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

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

 **Stempel / Unterschrift des Zahnarztes:**