



**Nachweis über die durchgeführte obligatorische Untersuchung zuhanden der Schule Gaiserwald / Schulzahnpflege**

---

Name / Vorname des Kindes .....

Klasse / Lehrperson / Schulhaus .....

Der nachstehend genannte Zahnarzt bestätigt, am .....  
die obligatorische jährliche Untersuchung durchgeführt zu haben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes

.....

***Die Eltern reichen diesen Nachweis bis spätestens Ende des ersten Semesters (31. Januar) der Klassenlehrperson ein.***