

Schulzahnpflege

Erklärung des Beitritts oder Nichtbeitritts / Austritt

Name, Vorname:

Jahrgang:

Wir melden unser Kind bei folgendem Schulzahnarzt zur Schulzahnpflege an:

- Frau Dr. med. dent. N. Cuendet, Goldach
- Herr Dr. med. dent. O. Graefen, Rorschach
- Herr Dr. med. dent. H. Herzberg, Horn
- Herr med. dent. M. Kowalski, Rorschach
- Frau Dr. med. dent. B. Neffe, Staad
- Herr Dr. med. dent. Ch. Ruckstuhl, Rorschach
- Herr Dr. med. dent. B. Sahin, Staad
- Herr Dr. med. dent. D. Schmid, Goldach
- Herr Dr. med. dent. A. Ziegler, Staad

- Für den Transport zum Schulzahnarzt sind die Eltern selber besorgt.
- Kinder ab der 1. Primarklasse werden nur mit gesundem Gebiss in die Schulzahnpflege aufgenommen.

-
- Wir wünschen keinen Beitritt zur Schulzahnpflege.
 - Wir wünschen den Austritt aus der Schulzahnpflege.

Elternadresse: Name, Vorname:

Strasse und Nr.:

Telefon:

Datum: Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten:

.....
Bitte in jedem Fall ausgefüllt an Stadtverwaltung, Schulsekretariat, Postfach, 9424 Rheineck, retournieren. Besten Dank!