

## 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
  - 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!