

Liebe Eltern

Sie wünschen, dass die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung für Ihr Kind bei einem Privatzahnarzt durchgeführt wird. Wir bitten Sie, diese Untersuchung so schnell wie möglich vornehmen zu lassen und die nachstehende Bestätigung bis spätestens **Ende des laufenden Schuljahres** an folgende Adresse zu retournieren:

Stadt Bülach
Bildung / Schulverwaltung
Allmendstrasse 6
8180 Bülach

oder elektronisch an primarschule@buelach.ch

Freundlich grüßt



Filiz Balkanli
Sachbearbeiterin mbA

Bestätigung der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung

(durch die Zahnarztpraxis auszufüllen)

Die jährliche Vorsorgeuntersuchung wurde in unserer Praxis durchgeführt für:

Name, Vorname des Kindes

Lehrperson / Schulhaus /

Schuljahr

Datum der Untersuchung _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Zahnarztpraxis