

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](mailto:primarschule@buelach.ch)

Freundlich grüsst



Noreen Maria Wäspi  
Sachbearbeiterin

---

## 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**