

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!