

## Anmeldung für die Schulzahnpflege / private Zahnpflege

Für unser Kind:

Name und Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

wünschen wir den Beitritt in die Schulzahnpflege der Schule Rheineck und wählen die **Schulzahnärztin / den Schulzahnarzt**

- Dr. med. dent. Bettina Neffe, Staad
- Dr. med. dent. Bora Sahin, Staad
- Dr. med. dent. Axel Ziegler, Staad
- Med. dent. MSc Max Kowalski, Rorschach
- Dr. med. dent. Christian Ruckstuhl, Rorschach
- Dr. med. dent. Nicole Cuendet, Goldach
- Dipl. med. dent. David Schmid, Goldach

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

## ODER

Unser Kind hat folgende **Privatzahnärztin / folgenden Privatzahnarzt**:

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

PLZ / Ort: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

---

Bitte ausgefüllt retour an: Stadt Rheineck, Schulverwaltung, Hauptstrasse 21, 9424 Rheineck.