

**Primarschule Ossingen**

Guntibachstrasse 12  
8475 Ossingen

Telefon 052 317 15 45  
schulverwaltung@ps-ossingen.ch  
www.ps-ossingen.ch



## Bestätigung über die Durchführung der jährlichen Zahnuntersuchung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klassenlehrperson: \_\_\_\_\_

### Bestätigung Zahnarzt

---

Die obligatorische jährliche Zahnkontrolle wurde bei der/m Schüler/in durchgeführt.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift:

---

Diese Bestätigung ist der Schulverwaltung abzugeben bzw. einzureichen. Bitte legen Sie der Bestätigung einen Einzahlungsschein bei oder geben Sie Ihre Kontoinformationen an.

Konto lautet auf den Namen: \_\_\_\_\_

IBAN Nr.: \_\_\_\_\_