



## Zahnärztliche Untersuchung 2024/2025 Kontrollblatt Schule Degersheim

### Schüler/in (1. Kindergarten bis 3. Oberstufe)

Name, Vorname, Klasse .....

### Zahnarztpraxis

Wir bestätigen, dass die zahnärztliche Untersuchung bei obgenannten Schülerinnen und Schülern stattgefunden hat.

Zahnarztpraxis (Stempel) .....

.....

Ort, Datum .....

Unterschrift .....