



Zahnärztliche Untersuchung 2024/2025 Kontrollblatt Schule Degersheim

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

Name, Vorname, Klasse

Name, Vorname, Klasse

Name, Vorname, Klasse

Name, Vorname, Klasse

Name, Vorname, Klasse

Zahnarztpraxis

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

Zahnarztpraxis (Stempel)

.....

Ort, Datum

Unterschrift