



Schulzahnpflege

Bestätigung jährlicher Kontrolluntersuch (SJ 2023 / 2024)

Name / Vorname Kind

.....

Geburtsdatum

.....

Klasse Lehrperson

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigte

.....

Kontrolluntersuch am:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift Zahnarzt

Abgabetermin für Bestätigung jährlicher Kontrolluntersuch bis spätestens 12. Juli 2024

Der Kostenbeitrag von CHF 65.00 wird den Eltern / Erziehungsberechtigten ausbezahlt, wenn diese Bestätigung mit den Angaben ihrer Bank- oder Postverbindung mit IBAN Nr. / Kontonummer oder einen auf die Eltern / Erziehungsberechtigten lautenden Einzahlungsschein auf der Schulverwaltung bis zum Abgabetermin eingegangen ist. Ohne diese Unterlagen gehen wir davon aus, dass auf die Rückvergütung verzichtet wird.

Zahlungsverbindung (IBAN-Nr./Name Bank, Kontoinhaber inkl. Adresse) oder Einzahlungsschein

→ **Zurückschicken an: schulverwaltung@schule-ur.ch, oder per Post**