



**Zahnärztliche Untersuchung 2023/2024
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