

An die Eltern schulpflichtiger Kinder
u. Jugendlicher

Root, Schuljahr 2024/25

Schulzahnpflege: jährlicher Untersuch

Sehr geehrte Eltern
Sehr geehrte Erziehungsberechtigte

Die Schule Root ist gesetzlich verpflichtet, dass der schulzahnärztliche Untersuch während der obligatorischen Schulzeit bei allen Schülerinnen und Schülern jährlich durchgeführt wird.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dieser Verpflichtung in Eigenverantwortung nachzukommen. Ohne Ihren Widerruf gilt hiermit Ihre Angabe auch für die kommenden Schuljahre.

Durch die Eltern/Erziehungsberechtigte auszufüllen:

Wir verzichten auf den Untersuch beim Schulzahnarzt und erklären uns bereit, die jährliche, obligatorische Kontrolle und eine mögliche Behandlung bei einem Zahnarzt unserer Wahl durchzuführen.

Name / Vorname des Kindes: _____ Geb.-Dat.: _____

Klassenlehrperson: _____

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____

Durch die Zahnärztin / den Zahnarzt auszufüllen:

Praxis-Name, Adresse _____

Datum der Untersuchung _____ Stempel und Unterschrift _____

Bitte schicken oder bringen Sie das vollständig ausgefüllte Formular **bis spätestens am 31. März 2025** ins Schulsekretariat, Schulstrasse 14, 6037 Root. Bitte geben Sie das Formular nicht via Lehrperson ab.

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Schule Root