



## Wechsel der Schulzahnarztwahl

Der Wechsel ist gültig ab (bitte Datum eintragen): \_\_\_\_\_

Ab dem genannten Datum sollen unser Kind/unsere Kinder

Name(n) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bei der jährlichen Zahnkontrolle durch (bitte ankreuzen) untersucht werden:

<input type="checkbox"/> Schulzahnarzt SwissOrtho & Kids AG Pestalozzistr. 15 8280 Kreuzlingen	oder	<input type="checkbox"/> Privatzahnarzt Keine Kostenübernahme bei Privatzahnarzt. <b>Die Verantwortung für die Gesunderhaltung der Zähne liegt bei Privatzahnarztwahl vollumfänglich bei den Eltern.</b>  Name/Ort Privatzahnarzt eintragen _____ _____ _____ _____
---	------	---

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Erziehungsberechtigte)

Bitte dieses Formular bei der Schuladministration der Primarschule Salenstein einreichen.  
Primarschule Salenstein  
Stephani Wollet  
Eugensbergstr. 19  
8268 Salenstein