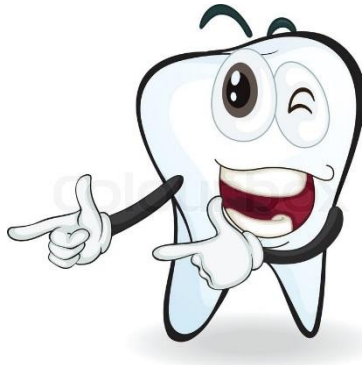


Schulsekretariat
Kappelenstrasse 23, 3472 Wynigen
Tel. 034 415 17 06
sekretariat@schule-ws.ch



Obligatorische schulzahnärztliche Untersuchung (Art. 60 des VSG) Untersuchungsbestätigung 2026/2027

Von den Eltern auszufüllen:

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnsitz:

Schule/Klasse:

Die Zahnärztin/der Zahnarzt bestätigt, dass für oben genanntes Kind die obligatorische zahnärztliche Untersuchung für das Schuljahr 2026/27 (bis 30. April 2027) vorgenommen worden ist.

Von der Zahnärztin/vom Zahnarzt auszufüllen:

Datum:

Stempel und Unterschrift
der Zahnärztin/des Zahnarztes:

Folgebehandlung notwendig (bitte ankreuzen):

- ☐ nein
- ☐ ja Termin:
- ☐ Bestätigung Termin

Stempel und Unterschrift
der Zahnärztin/des Zahnarztes:

Wynigen, August 2026