

S/H	Konto	
S	43301.313000	
Vis. Abt.	Ktr. FV	Vis. Gde.präs.

Gutschein für den Zahnuntersuch

Schüler/ Schülerin	
_____	Geb.: _____

Datum des Untersuchs: _____

Stempel, Datum und
Unterschrift der Zahnarztpraxis:

Bankverbindung für Überweisung:

Name der Bank:
IBAN-Nummer:
Name Kontoinhaber:
Adresse Kontoinhaber:

Laut Schulzahnpflegeverordnung ist die Primarschulgemeinde verantwortlich für die Schulzahnpflege **(ab Eintritt in den Kindergarten)**. Diese umfasst unter anderem die jährliche Untersuchung des Gebisses. Die Schule Wildhaus-Alt St. Johann delegiert die Wahl und den Besuch des Zahnarztes an die Eltern.

Die Eltern melden ihr Kind jedes Schuljahr beim Zahnarzt an. Der Termin wird in die unterrichtsfreie Zeit gelegt. Der Untersuch findet jeweils bis spätestens Ende Juli statt. Nach Eingang der Bestätigung des Zahnarztbesuchs vergütet die Schule Wildhaus-Alt St. Johann **Fr. 50.00 pro Kind**.

Dieser Gutschein ist bis **spätestens 31. Juli (Ende des Schuljahres)** einzulösen. Danke für das vollständige Ausfüllen.

Bitte einsenden an: Schule Wildhaus-Alt St. Johann, Bergstrasse 3, 9656 Alt St. Johann