



Bestätigung

Name: Vorname:

Obgenannte(r) Schüler(in) ist in zahnärztlicher Behandlung.

Stempel und Unterschrift
des Zahnarztes

Datum:

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson bis zum **11.2.2022** abzugeben.



Bestätigung

Name: Vorname:

Obgenannte(r) Schüler(in) ist in zahnärztlicher Behandlung.

Stempel und Unterschrift
des Zahnarztes

Datum:

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson bis zum **11.2.2022** abzugeben.