

Bestätigung

Name: Vorname:

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

Stempel und Unterschrift
des Zahnarztes

Datum:

Diese Bestätigung ist der Klassenlehrperson bis zum **10.2.2023** 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 **10.2.2023** abzugeben.