

Schuljahr 2017/18
Bestätigung der Schulzahnuntersuchung

Rudolf Steiner Schule
Bern Ittigen Langnau
Schule in Ittigen

Ittigenstrasse 31
3063 Ittigen
T 031 924 00 30
rssittigen@steinerschule-bern.ch
www.steinerschule-bern.ch

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Klasse:

Erziehungsberechtigte Person:

Zahnarzt / Zahnärztin:

Wir bestätigen, dass die zahnärztliche Untersuchung von

(Name des Kindes)

(Datum) am **stattgefunden hat.**

Ort, Datum:

Unterschrift

Zahnärztin / Zahnarzt:

Kenntnisnahme durch die Rudolf Steiner Schule in Ittigen:

Datum

Martin Suter
Sekretariat