

**Schuljahr 2024/25**  
**Bestätigung der schulzahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung**

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

Michael Müller  
Sekretariat