

Bildungs- und Kulturdepartement
Kantonsschule Reussbühl Luzern
Ruopigenstrasse 40
6015 Luzern
Telefon 041 349 72 00
info.ksreu@sluz.ch
ksreussbuehl.lu.ch

Bestätigung der privaten Zahnärztin / des privaten Zahnarztes

Hiermit bestätige ich, dass sich folgende Schülerin / folgender Schüler der obligatorischen jährlichen Zahnkontrolle (und einer möglicherweise notwendigen Behandlung) unterzogen hat.

Name:

Vorname:

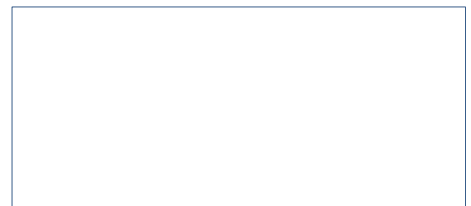
Geburtsdatum:

Klasse:

Die behandelnde Zahnärztin / der behandelnde Zahnarzt

Ort und Datum:
.....

Stempel und Unterschrift:



Formular bis spätestens, **Freitag, 9. März 2024** auf dem Sekretariat abgeben.
(Bitte Briefkasten vor dem Sekretariat benutzen, danke)