

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**
- Bestätigung des Schulzahnarztes der Wohngemeinde**

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, **Mittwoch, 19. März 2025** auf dem Sekretariat abgeben.
(Bitte Briefkasten vor dem Sekretariat benutzen, danke)