

Root, Schuljahr 2026/27

Bestätigung des Privatzahnarztes oder der Privatzahnärztin

Schüler/in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Klasse _____

Klassenlehrperson _____

Ort/Datum: _____

Stempel/Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin: _____

Bitte senden Sie die Bestätigung **bis spätestens 31. März 2027** an sekretariat@schule-root.ch
oder geben sie im Sekretariat ab (Schulstrasse 14, Altes Gemeindehaus).

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Schule Root