Schule Root

Root, Schuljahr 2025/26

**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 2026** an sekretariat@schule-root.ch oder geben sie im Sekretariat ab (Schulstrasse 14, Altes Gemeindehaus).

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Schule Root

**Schule Root** Schulstrasse 14 6037 Root T 041 455 40 80 sekretariat@schule-root.ch www.schule-root.ch