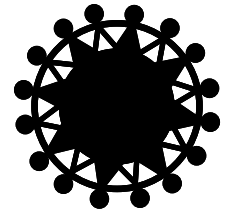


SCHULZAHNKARTE



Kindergarten und Primarschule Erschwil
Schulzahnpflege

Zahnarzt:
.....

Anmeldung: Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
4228 Erschwil
Telefon:
Adresse
Vater oder Mutter:

Kontrolle durchgeführt am:

Stempel / Unterschrift des Zahnarztes: