



## Zahnärztliche Bestätigung

über die durchgeführte  
**Kontrolle bei Lernenden während  
der obligatorischen Schulzeit**

**Schuljahr 2020/2021**

Wir bestätigen, dass die jährliche obligatorische Zahnarzt-Kontrolle beim folgenden Lernenden durchgeführt wurde.

Name und Vorname des Lernenden:

Geburtsdatum:

.....

.....

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift  
Zahnarzt:

.....

.....

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular bis spätestens am **30. April 2021** zurückzusenden an:

Stadt Luzern  
Volksschule  
Schulgesundheit  
Winkelriedstrasse 12a  
6002 Luzern

Stadt Luzern  
Volksschule  
Winkelriedstrasse 12a  
6002 Luzern  
Telefon: 041 208 86 21  
E-Mail: [claudia.schumacher@stadtluzern.ch](mailto:claudia.schumacher@stadtluzern.ch)  
[www.volksschule.stadtluzern.ch](http://www.volksschule.stadtluzern.ch)