

Zahnärztliche Bestätigung Schuljahr 2024-2025

Über die durchgeführte Kontrolle bei Lernenden während der obligatorischen Schulzeit

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

Name und Vorname des Lernenden:

Geburtsdatum:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift Zahnarzt:

Wir bitten Sie, das ausgefüllte Formular bis spätestens am **30. April 2025** zurückzusenden via E-Mail an Claudia Schumacher (claudia.schumacher@stadtluern.ch) oder per Post an:

Stadt Luzern
Volksschule
Schulgesundheits
Winkelriedstrasse 12a
6002 Luzern