

	9. Anhang	
	9.1. Formulare	9.1.

Anmeldung Zahnarzt

Der/die Unterzeichnende wünscht die Vorsorgeuntersuchung von

Name des Kindes _____

Geburtsdatum _____

Vorname des Vaters oder der Mutter _____

Adresse _____

durch den **Zahnarzt** _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters oder der Mutter

Bitte zurücksenden an: Schulsekretariat, Primarschule Roggwil, Postfach 55, 9325 Roggwil

Zur **Vorsorgeuntersuchung** stehen Ihnen folgende Zahnärzte zur Auswahl:

Dr. med. dent. Ch. Hüskens	Herrenwiese 3	9306 Freidorf
Dr. med. dent. E. Graf-Abt	Hauptstrasse 10	9320 Arbon
Dr. med. dent. M. Hofmann.	Romanshomerstrasse 43	9320 Arbon
Dr. med. dent. D. Kaspar	Bahnhofstrasse 79	9315 Neukirch
Dr. med. dent. G. Fuchs	Rebaldenstrasse 22	9320 Arbon
Dr. med. dent. M. Altinbas	Promenadenstrasse 9	9320 Arbon
Zahnarztpraxis Stacherholz	Stacherholzstrasse 32	9320 Arbon
Dr. med. dent. R. Bischofberger	Marienbergstrasse 2	9400 Rorschach