



Schulkreis BeLoSe
Dorfstr. 3
4512 Bellach

Anmeldung zur Schulzahnpflege

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Name/Vorname Eltern:

.....

Strasse:

Ort:

Telefon-Nr.:

Klasse / Lehrperson:

Bitte gewünschte/n Zahnärztin / Zahnarzt ankreuzen

- Dr. M. Meyer-Holfelder Schmiedestr. 4 4512 Bellach 032/618 15 01
- Dr. A. Pauli Gassackerweg 4a 2545 Selzach 032/641 22 22
- Dr. S. Witmer Niklaus-Konrad-Str. 19 4500 Solothurn 032/622 29 78
- Dres. Bracher/Lisibach/Kläy Loretostr. 33 4500 Solothurn 032/623 33 11
- Dr. A. Zbinden Leopoldstrasse 1 4500 Solothurn 032/622 39 73
(Nur möglich für Schülerinnen und Schüler mit Wohnort Bellach)

- Wir haben einen privaten Zahnarzt, der die Behandlung übernimmt; unser Kind kommt aber zur regelmässigen Kontrolle (bitte oben somit einen Zahnarzt wählen).

Unterschrift eines Elternteils

Datum:

.....

.....