



## Bestätigung zahnärztlicher Untersuchung (Schuljahr 2024/25)

Hiermit bestätige ich, den zahnärztlichen Untersuchung durchgeführt zu haben bei:

Name / Vorname .....

Geburtsdatum .....

Name/Vorname Eltern/Erziehungsberechtigte

.....

Ort/Datum .....

Stempel/Unterschrift Zahnarzt .....

***Von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen für die Rückerstattung des  
Vorsorgebeitrages der Gemeinde Hettlingen:***

IBAN-Konto-Nr. ....

Name Bank/Post .....

Bank-/Postkonto lautend auf .....

**Die Rückerstattung erfolgt nur unter Bekanntgabe der vollständigen Angaben.**

- Wir verzichten auf die Rückerstattung des Gemeindebeitrages.  
(Die unterzeichnete Bestätigung muss trotzdem eingereicht werden)

Bitte bis **12. Juli 2025 inkl. Rechnungskopie des Zahnarztes** an die  
Schulverwaltung einreichen. Vielen Dank.