Oberwil BL

BEITRITTSERKLÄRUNG – GÜLTIG AB SOFORT

Der/die Unterzeichnete meldet sein/ihr Kind bei der Kinder- und Jugendzahnpflege an:

☐ **Ja** ☐ **Nein**

- Falls **ja**, Behandlung bei ……..
- War Ihr Kind am alten Wohnort ebenfalls in der Schulzahnpflege angemeldet? ☐ **Ja** ☐ **Nein**
- Falls **ja**, Name und Adresse des Zahnarztes/Zahnärztin:

.....

- **Vor- und Nachname des Kindes** …….

☐ Mädchen ☐ Knabe

- Geburtsdatum ……..
- Nationalität ……..... bei Ausländern Ausweiskategorie ☐ **B** ☐ **C** ☐ **F***

  * F für Flüchtlinge (Ausweiskopie beilegen)

- Name und Vorname der Eltern / Erziehungsberechtigten:

……

……

- Strasse / Nr. ……. PLZ / Ort……

  Telefon-Nr. ……...…….....

Datum …… ……. Unterschrift ……

- **Müssen zwingend beantwortet werden.**

Diese Beitrittserklärung bitte an die Kinder- und Jugendzahnpflege der Gemeinde weiterleiten.

Gemeindeverwaltung
Hauptstrasse 24 4104 Oberwil Tel 061 405 44 44 Fax 061 405 42 14 gemeinde@oberwil.ch www.oberwil.ch