ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service dentaire scolaire SDS
Schulzahnpflegedienst SZPD

ATTESTATION – BESCHEINIGUNG

Le ou la médecin dentiste soussigné/e atteste que l'enfant :
Die/der unterzeichnete Zahnärztin/Zahnarzt bescheinigt, dass:

…… Domicilié/e à : ……
wohnhaft in:

Date de naissance : …… Filiation : ……
Geburtsdatum: gesetzl. Vertretung:

est en traitement dentaire chez lui / elle : ……
gegenwärtig bei ihr/ihm in zahnärztlicher Behandlung ist:

Date du dernier contrôle ou traitement : ……
Datum der letzten Kontrolle oder Behandlung:

Date du prochain contrôle ou traitement : ……
Datum der nächsten Kontrolle oder Behandlung:

Date, timbre et signature du ou de la médecin dentiste :
Datum, Stempel und Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes: