

_____ (Datum)

Liebe Eltern,

Am _____ (Datum) wird der Zahnarzt die Schule besuchen.

Bitte senden Sie den Antwortabschnitt an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

_____ **Antwort** _____

✓ Ja, ich möchte, dass mein Kind _____ sich vom Zahnarzt untersuchen lässt.

X Nein, ich möchte nicht, dass mein Kind _____ vom Zahnarzt untersucht wird

Name: _____

Unterschrift: _____

Letters for schools to give to parents:

5. Dentist – **German**