

_____ (ਤਾਰੀਖ)

ਪਿਆਰੇ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ,

ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ _____ (ਤਾਰੀਖ) ਨੂੰ ਦੌਰਾ ਕਰੇਗਾ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀ ਜਵਾਬੀ ਸਲਿੱਪ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਭੇਜ ਦਿਓ।

ਤਹਿ ਦਿਲੋਂ,

ਜਵਾਬ

✓ ਹਾਂ, ਮੈਂ ਚਾਹਾਂਗਾ/ਚਾਹਾਂਗੀ ਕਿ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ/ਬੱਚੀ, _____ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੇ

x ਨਹੀਂ, ਮੈਂ ਨਹੀਂ ਚਾਹਾਂਗਾ/ਚਾਹਾਂਗੀ ਕਿ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ/ਬੱਚੀ _____ ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਮਿਲੇ

ਨਾਮ: _____

ਦਸਤਖਤ: _____