

An die
Eltern und Erziehungsberechtigten
von neu eintretenden Schülerinnen und Schüler
in die VSG Wigoltingen

Wigoltingen, Juni 2026

Zahnärztlicher Reihenuntersuch

Geschätzte Eltern und Erziehungsberechtigte

Die Schulgemeinden sind verpflichtet, allen Schülerinnen und Schülern **vom Kindergarten bis zum Ende der obligatorischen Schulzeit jährlich eine schulzahnärztliche Untersuchung anzubieten.**

Die schulzahnärztlichen Untersuchungen unserer Schülerinnen und Schüler werden durch die **Zahnarztpraxis Felsenmarkt in Weinfelden** durchgeführt. Die Kontrollen finden jeweils im Frühjahr statt und sind für Ihr Kind kostenlos. Auch der Transport nach Weinfelden und zurück wird durch die Schule organisiert.

Sollte aufgrund der Untersuchung eine weiterführende Zahnbehandlung erforderlich sein, kann diese entweder in der Zahnarztpraxis Felsenmarkt oder bei einem Zahnarzt Ihrer Wahl durchgeführt werden. **Die Kosten für eine weiterführende Behandlung sind von den Eltern zu tragen.**

Selbstverständlich steht es Ihnen als Eltern frei, die jährliche Kontrolluntersuchung bei einem Zahnarzt Ihrer Wahl durchführen zu lassen. **In diesem Fall gehen die Kosten für die Untersuchung sowie für den Hin- und Rücktransport vollumfänglich zu Ihren Lasten.**

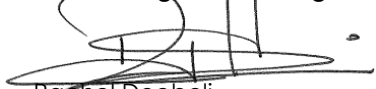
Anmeldung bzw. Abmeldung

Die Anmeldung bzw. Abmeldung Ihres Kindes mittels untenstehenden Talons wird in unserer Datenbank entsprechend erfasst. Falls Sie in einem der kommenden Schuljahre die Teilnahme am schulzahnärztlichen Untersuchungsangebot ändern möchten, teilen Sie dies bitte jederzeit direkt der Schulverwaltung mit.

Für allfällige Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Volksschulgemeinde Wigoltingen



Rachel Doebeli
Schulverwaltung



.....
Rückmeldetalon an die Klassenlehrperson Ihres Kindes
"Reihenuntersuch Zahnarzt"

Klasse: _____

Name der Klassenlehrperson: _____

Vorname, Name des Kindes: _____

☐ **Unser Kind nimmt jährlich am Reihenuntersuch in der Zahnarztpraxis Felsenmarkt teil.**

☐ **Unser Kind wird von einem Zahnarzt unserer Wahl betreut und nimmt am Reihenuntersuch nicht teil.**

Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____