



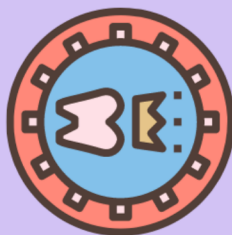
Zahn Nr.



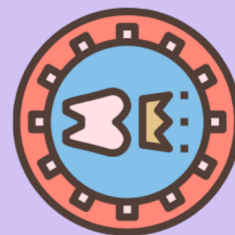
Zahn Nr.



Zahn Nr.



Zahn Nr.



Zahn Nr.



Zahnfee-Urkunde

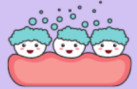
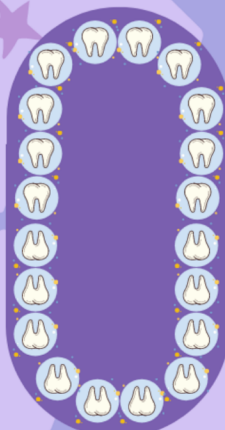
Name:

Alter:

Datum:

Wie und wo hast du deinen Zahn verloren?

Dein Zahn war: ☐  ☐ 



Zahnfee-Urkunde

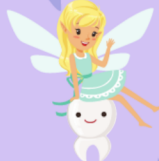
Name:

Alter:

Datum:

Wie und wo hast du deinen Zahn verloren?

Dein Zahn war: ☐  ☐ 



Zahnfee-Urkunde

Name:

Alter:

Datum:

Wie und wo hast du deinen Zahn verloren?

Dein Zahn war: ☐  ☐ 



Zahnfee-Urkunde

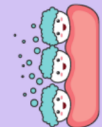
Name:

Alter:

Datum:

Wie und wo hast du deinen Zahn verloren?

Dein Zahn war: ☐  ☐ 



Zahnfee-Urkunde

Name:

Alter:

Datum:

Wie und wo hast du deinen Zahn verloren?

Dein Zahn war: ☐  ☐ 

