Contrôle dentaire annuel

Année scolaire : ………………………..

Nom de l’école :……………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Un traitement est : pas nécessaire  nécessaire (veuillez prendre un RV chez le dentiste traitant)  |
| **Traitement prévu :** | **Nombre** | **Dent** |
| Radiographies |  |  |
| Anesthésies |  |  |
| Extractions |  |  |
| Traitements de racine |  |  |
| Obturations dents de lait |  |  |
| Obturations dents permanentes |  |  |
| Scellements |  |  |
| Nettoyage |  |  |
| Prophylaxie |  |  |
| Fluoration |  |  |
| Clarifier la position des dents(si ce n'est pas déjà fait) |  |  |
|    **coûts prévus** ……………………..**coûts prévus selon le dentiste traitant** ………………………… |
| **Remarques**Observer la position des dents Traitement urgent Autre : ……………………………………………………………………………………………………………… |

**✂**………..**✂**………**✂**…………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**………**✂**…………**✂**………**✂**………**✂**

Examen dentaire scolaire consulté le : ………………………………………………………………………….

Nom et prénom de l’enfant : ………………………………………………………………………………………

Signature des parents/représentants légaux : …………………………………………………………………..

Veuillez détacher le talon et le remettre à l’enseignante/enseignant.