



DT9320

Nom de l'enfant			
Prénom de l'enfant			
N° d'assurance maladie		Année Mois	
		Expiration	
Date de naissance	Année	Mois	Jour
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (N°, rue)			
Ville		Code postal	

À remplir seulement
si vous refusez que votre enfant
participe au dépistage dentaire

REFUS DE PARTICIPATION À L'ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DENTAIRE À L'ÉCOLE

Si vous refusez que votre enfant participe à l'activité de dépistage dentaire à l'école, veuillez remplir toutes les sections ombragées de ce formulaire, le signer et le retourner, dans les trois prochains jours, à l'enseignant de votre enfant.

Renseignements complémentaires										
Nom et prénom du parent 1	Nom et prénom du parent 2									
Nom de l'école										
Nom de l'enseignant et numéro de groupe										
<p>JE REFUSE que mon enfant, _____ , (prénom et nom de l'enfant en lettres moulées) participe à l'activité de dépistage dentaire à l'école menée par l'équipe de santé dentaire publique.</p> <p>Nom et prénom du parent ou du tuteur : _____ (en lettres moulées)</p> <p>Numéros de téléphone du parent ou du tuteur :</p> <table> <tr> <td>Résidence</td> <td>Bureau</td> <td>Cellulaire</td> </tr> <tr> <td>_____ _____ _____ _____ _____ _____ </td> <td>_____ _____ _____ _____ _____ _____ </td> <td>_____ _____ _____ _____ _____ _____ </td> </tr> <tr> <td>Ind. rég. Numéro</td> <td>Ind. rég. Numéro N° de poste</td> <td>Ind. rég. Numéro</td> </tr> </table> <p>X _____ Signature du parent ou du tuteur</p> <p>Date _____ Année Mois Jour</p>		Résidence	Bureau	Cellulaire	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	Ind. rég. Numéro	Ind. rég. Numéro N° de poste	Ind. rég. Numéro
Résidence	Bureau	Cellulaire								
_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____								
Ind. rég. Numéro	Ind. rég. Numéro N° de poste	Ind. rég. Numéro								