



DT9320

Nom de l'enfant		N° de dossier	
Prénom de l'enfant			
N° d'assurance maladie		Année Mois	
		Expiration	
Date de naissance		Sexe	
Année Mois Jour		<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)</p> <p>participe à l'activité de dépistage dentaire à l'école menée par l'hygiéniste dentaire de santé 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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> Résidence <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> Bureau <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro N° de poste </div> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> Cellulaire <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div> </td> </tr> </table> <p>X _____ Signature du parent ou du tuteur</p> <p style="text-align: right;">Date _____ Année Mois Jour</p>		Résidence <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div>	Bureau <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro N° de poste </div>	Cellulaire <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div>
Résidence <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div>	Bureau <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro N° de poste </div>	Cellulaire <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ind. rég. Numéro </div>		