Santé et Services sociaux Québec

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

REFUS de participation au dépistage dentaire

Si vous ACCEPTEZ le dépistage dentaire, **vous n'avez pas** à retourner le formulaire.

Si vous REFUSEZ le dépistage dentaire, veuillez remplir l'encadré ci-bas et le retourner avant la tenue de l'activité de dépistage.

Renseignements complémentaires	
Nom et prénom du parent 1	Nom et prénom du parent 2
Téléphone 1 pour vous rejoindre	Téléphone 2 pour vous rejoindre
Nom de l'établissement	
Numéro de groupe ou nom du responsable du groupe	

JE REFUSE la participation de _____ au dépistage dentaire offert par l'hygiéniste dentaire de la santé publique.

Votre nom: _____
En lettres

Date _____
Année Mois Jour

Vous êtes: ☐ le parent ou le tuteur légal
☐ l'élève âgé de 14 ans ou plus

Signature _____