



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><b>JE REFUSE</b> 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;"> <b>Résidence</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <b>Bureau</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> <span>N° de poste</span> </div> </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <b>Cellulaire</b>  <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div> </td> </tr> </table> <p>X _____ Signature du parent ou du tuteur</p> <p style="text-align: right;">Date _____ Année Mois Jour</p>		<b>Résidence</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div>	<b>Bureau</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> <span>N° de poste</span> </div>	<b>Cellulaire</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div>
<b>Résidence</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div>	<b>Bureau</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> <span>N° de poste</span> </div>	<b>Cellulaire</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 8px;"> <span>Ind. rég.</span> <span>Numéro</span> </div>		