



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> <tr> <td> Résidence _____ Ind. rég. Numéro </td> <td> Bureau _____ Ind. rég. Numéro N° de poste </td> <td> Cellulaire _____ Ind. rég. Numéro </td> </tr> </table> <p>X _____ Signature du parent ou du tuteur</p> <p>Date _____ Année Mois Jour</p>		Résidence _____ Ind. rég. Numéro	Bureau _____ Ind. rég. Numéro N° de poste	Cellulaire _____ Ind. rég. Numéro
Résidence _____ Ind. rég. Numéro	Bureau _____ Ind. rég. Numéro N° de poste	Cellulaire _____ Ind. rég. Numéro		