



Veillez remettre ce formulaire à votre dentiste

For Official Use Only		
Student's Last Name	Student's First Name	Birth Date (MM/DD/YYYY) ____/____/____
District Borough Number (Example: 12M345)		Office of Student Information Systems Number (OSIS)

1. Parents ou tuteurs :

Votre enfant a passé un examen dentaire dans son établissement scolaire le ___ / ___ / ___ et a besoin de soins dentaires complémentaires. Veuillez remettre ce formulaire au (à la) dentiste de votre enfant. Si vous avez besoin d'aide pour obtenir une assurance dentaire, veuillez en parler au coordinateur (à la coordinatrice) des parents de votre établissement scolaire ou appeler le 311.

TRAITEMENT DENTAIRE D'URGENCE NÉCESSAIRE

Vous devez emmener votre enfant chez le (la) dentiste sous sept jours.

TRAITEMENT DENTAIRE NON URGENT NÉCESSAIRE

Veillez à emmener votre enfant chez un(e) dentiste sous 30 jours. Vous pouvez :

emmener votre enfant chez un(e) dentiste de votre communauté ;

OU

demander la prise en charge des soins dentaires de votre enfant dans son établissement scolaire. Voir les informations en annexe.

2. Dentist:

A. Complete and sign the box below

<input type="checkbox"/> No treatment is necessary <input type="checkbox"/> Treatment is in progress <input type="checkbox"/> Treatment is complete
Dentist's Name (Print): _____ Phone: _____ - _____ - _____ Address: _____ City: _____ State: _____ ZIP: _____ Dentist's Signature: _____ Date: _____

B. Fax this form to the School-Based Dental Provider:

Name: _____

Fax Number: _____