

Formulaire d'autorisation de soins dentaires du Prekindergarten/Head Start

Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS)
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

INSTRUCTIONS

A leur inscription à l'école, les professionnels de santé en milieu scolaire examinent les informations de santé de l'élève, et notamment de santé dentaire. Lorsque des problèmes de santé sont identifiés, les professionnels de santé en milieu scolaire aident les élèves et les parents/tuteurs légaux à accéder aux services de santé adéquats, notamment en termes de soins dentaires.

Veillez remplir les sections I et II de ce formulaire et demander au dentiste ou à l'hygiéniste dentaire de votre enfant de remplir et signer la section III de ce formulaire (si votre enfant n'a pas de dentiste/hygiéniste dentaire, veuillez laisser cette section vierge). Renvoyez le formulaire dûment rempli à l'infirmerie de l'école de votre enfant.

Pendant le programme du Prekindergarten/Head Start, tous les enfants seront examinés/contrôlés par un hygiéniste dentaire à l'aide d'un miroir dentaire. Lorsque ce contrôle indique un besoin de traitement dentaire, le parent/tuteur légal en est informé par l'hygiéniste dentaire. L'hygiéniste dentaire aidera le parent/tuteur légal à trouver un traitement dentaire. Si vous avez des questions, contactez le coordinateur des services de santé DHHS au 240-777-1645.

SECTION I : À remplir par le parent/tuteur légal

Nom de l'élève	Identifiant de l'élève	
Nom de l'école	Date de naissance	Grade

SECTION II : À remplir par le parent/tuteur légal

Veillez cocher la case OUI ou NON ci-dessous. Veillez noter que l'examen/contrôle de la dentition, le brossage des dents et les traitements au vernis fluoré auront lieu en classe par l'hygiéniste dentaire.

- Je donne autorisation pour l'examen dentaire de mon enfant Oui Non
- Je donne autorisation à l'hygiéniste dentaire de brosser les dents de mon enfant Oui Non
- Je donne autorisation au DHHS de vérifier le traitement de mon enfant par le dentiste/hygiéniste dentaire Oui Non
- J'autorise mon enfant à suivre un traitement au vernis fluoré
(pour les élèves du Head Start et éventuellement ceux du Pre-K en journée entière) Oui Non

Votre enfant est-il sujet à l'une des conditions de santé suivantes ? Veillez cocher la case OUI ou NON ci-dessous :

- Allergies (aliments, insectes, médicaments, latex, saisons) Oui Non
(Notez que si votre enfant est sujet à de l'allergie, ceci doit également être indiqué sur le formulaire MCPS 565-1 inclus dans cette liasse et le formulaire MCPS 525-13 ou 525-14).

Nom du dentiste/hygiéniste dentaire _____

Numéro de téléphone _____ - _____ - _____ Date du dernier rendez-vous chez le dentiste ____/____/____

Votre enfant dispose-t-il d'un service médical tel qu'assistance/assurance/Care for Kids/assurance maladie privée ? Oui Non

SECTION III : Autorisation du parent/tuteur légal

Je comprends que les informations indiquées sur ce formulaire resteront confidentielles.

Nom du parent/tuteur légal _____

Signature du parent/tuteur légal _____ Date ____/____/____

VEUILLEZ RENVOYER CE FORMULAIRE À L'INFIRMERIE DE L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.