



Soins dentaires en cabinet dentaire scolaire

INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Votre enfant débute sa scolarité à Lausanne. Il est important qu'il soit vu régulièrement par un médecin dentiste. Vous avez la possibilité de le faire suivre et soigner par les médecins dentistes de l'office dentaire.

Les professionnels de l'office dentaire soignent exclusivement les enfants de l'école obligatoire, ils assurent également, sans facturation aux familles, les mesures préventives suivantes :


- Contrôle dentaire obligatoire 1 P
- Dépistages dentaires chaque année dès la 2 P
- En classe, chaque année, des séances collectives de prévention en santé bucco-dentaire.

Les parents sont avisés par écrit du coût (devis) pour chaque traitement envisagé afin de donner leur accord. En cas de difficulté financière, une demande de réduction d'honoraires peut être demandée auprès du cabinet dentaire. Cette aide financière est accordée en fonction des revenus du groupe familial.

Le questionnaire au verso doit nous être retourné, que vous souhaitez ou non inscrire votre enfant à l'office dentaire.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et, dans l'attente de votre envoi, vous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Dr Béatrice Delanoy Ortega



La cheffe du service de santé et prévention

Données personnelles

Désirez-vous inscrire votre enfant à l'office dentaire, et qu'il reçoive les soins que son état pourrait nécessiter ?

OUI NON **Merci cocher la case correspondante à votre choix.**

Nom : Prénom:

Sexe : Né(e) le :

Si vous avez répondu OUI, merci de compléter les éléments ci-dessous :

Si vous avez répondu NON, merci uniquement de dater et signer au bas de la page :

Nom(s) et prénom(s) des responsables légaux de l'enfant :

.....
.....

Adresse :

.....

Tél. privé:

Tél. prof.: père mère autre

père mère autre

N° portable : père mère autre

père mère autre

° Langue-s parlée-s à la maison :

° Langue-s parlée-s par l'enfant :

Questionnaire médical

Votre enfant, a-t-il des problèmes de santé ? oui non

Si oui, quel(s) problème(s) ?

Suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, pour quelle raison ?

Prend-il régulièrement des médicaments ? oui non

Si oui, lequel et à quel dosage ?

Souffre-t-il d'allergie-s ? oui non

Si oui, laquelle/lesquelles ?

Nom et n° de téléphone du pédiatre :

Nom de l'assurance maladie et accidents :

.....

Nom de l'assurance complémentaire dentaire :

.....

Prière d'avertir le médecin dentiste en cas de modification d'un des points ci-dessus.

Date :

Signature du-des responsable-s légal-e-es-aux