



Lausanne, février 2026

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.

Merci de nous retourner le questionnaire au verso au moyen de l'enveloppe réponse ou par mail à l'adresse ci-dessous, que vous souhaitiez 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.

Dre Sarah Depallens
Cheffe de service

Tournez SVP ➡



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 :

Date :

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