



FORMULAIRE DE PREUVE D'EXAMEN DENTAIRE SCOLAIRE

La Loi de l'Illinois (Code d'examen de santé des enfants, 77 Ill. Code adm. 665) indique que tous les enfants à la maternelle et de niveau deux, six et neuf de toute école publique, privée ou de paroisse doivent subir un examen dentaire. L'examen doit avoir lieu dans les 18 mois avant le 15 mai de l'année scolaire. Un dentiste certifié doit procéder à l'examen, signer et dater ce Formulaire de preuve d'examen dentaire scolaire. Si vous n'êtes pas capable d'obtenir cet examen requis pour votre enfant, remplissez séparément un Formulaire d'exemption à l'examen dentaire.

Cet examen important vous permettra de savoir s'il y a des problèmes dentaires qui ont besoin de l'attention d'un dentiste. Les enfants doivent avoir une bonne santé bucco-dentaire pour parler avec confiance, s'exprimer, être en santé et prêts à apprendre. Une mauvaise santé bucco-dentaire a été associée à de moins bonnes notes, de mauvaises relations sociales et moins de succès plus tard dans la vie. Pour cette raison, nous vous remercions de cette contribution à la santé et au bien-être de votre enfant.

À être rempli par le parent ou tuteur (en lettres majuscule) :

Nom de l'étudiant :	Nom de famille	Prénom	Autre prénom	Date de naissance : (Mois/Jour/An)
Adresse :	Rue	Ville		Code postal
Nom de l'école :	Code postal		Niveau scolaire :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Parent ou tuteur :	Nom de famille	Prénom		
Race/Ethnie de l'étudiant :				
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Noir/Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino	<input type="checkbox"/> Asiatique	
<input type="checkbox"/> Amérindien	<input type="checkbox"/> Originaire d'Hawaï/d'une île du Pacifique	<input type="checkbox"/> Multi-race	<input type="checkbox"/> Inconnu	
<input type="checkbox"/> Autre _____				

To be completed by dentist: (A remplir par le dentiste)

Date of Most Recent Examination: _____ (Check all services provided at this examination date)
 Dental Cleaning Sealant Fluoride treatment Restoration of teeth due to caries

Oral Health Status (check all that apply)

Yes No Dental Sealants Present on Permanent Molars

Yes No Caries Experience / Restoration History — A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR missing permanent 1st molars.

Yes No Untreated Caries — At least 1/2 mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

Yes No Urgent Treatment — abscess, nerve exposure, advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection, or swelling.

Treatment Needs (check all that apply). For Head Start Agencies, please also list appointment date or date of most recent treatment completion date.

Restorative Care — amalgams, composites, crowns, etc. Appointment Date: _____

Preventive Care — sealants, fluoride treatment, prophylaxis Appointment Date: _____

Pediatric Dentist Referral Recommended Treatment Completion Date: _____

Additional comments: _____

Signature of Dentist _____ License #: _____ Date: _____

