



## En letra de imprenta

Nom de l'étudiant : <i>Nom de famille</i>		<i>Prénom</i>		<i>Deuxième prénom</i>		Date de naissance (Mois/Jour/Année) :
Adresse : <i>Rue</i>		<i>Ville</i>			<i>Code postal</i>	
École : <i>Nom</i>		<i>Code postal</i>		Niveau scolaire :		Genre : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Parent ou tuteur : <i>Nom de famille</i>		<i>Prénom</i>				
Origine raciale/ethnique de l'élève :						
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif d'Alaska,		
<input type="checkbox"/> Originaire d'Hawaï ou des îles du Pacifique	<input type="checkbox"/> Moyen-Oriental ou Nord-Africain		<input type="checkbox"/> Deux origines ou plus	<input type="checkbox"/> Inconnue		

## Je ne suis pas en mesure d'obtenir l'examen dentaire requis pour les raisons suivantes :

- Mon enfant est inscrit au programme de déjeuner gratuit et à prix réduit et n'est pas couvert par une assurance dentaire privée ou publique (Medicaid / All Kids).
- Mon enfant est inscrit au programme de déjeuner gratuit et à prix réduit et n'est pas éligible à l'assurance publique (Medicaid / All Kids).
- Mon enfant est inscrit à Medicaid / All Kids, mais nous ne parvenons pas à trouver un dentiste ou une clinique dentaire dans notre communauté qui puisse accueillir mon enfant et qui accepte Medicaid / All Kids.
- Mon enfant n'a aucune assurance dentaire et il n'y a pas de cliniques dentaires abordables dans notre communauté qui accepteront de voir mon enfant.

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_