



# Formulaire de preuve d'examen dentaire scolaire

La Loi de l'Illinois (Code d'examen de santé des enfants, 77 Ill. Adm. Code 665) stipule que tous les enfants de la maternelle et des deuxième, sixième et neuvième années de toute école publique, privée ou paroissiale doivent faire l'objet d'un examen dentaire. L'examen doit avoir eu lieu dans les 18 mois précédant le 15 mai de l'année scolaire. Un dentiste agréé doit compléter l'examen et signer et dater ce formulaire de preuve d'examen dentaire scolaire. Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir cet examen obligatoire pour votre enfant, remplissez un formulaire de dispense d'examen dentaire distinct.

Cet examen important vous permettra de savoir s'il existe des problèmes dentaires nécessitant l'intervention d'un dentiste. Les enfants ont besoin d'une bonne santé bucco-dentaire pour parler avec confiance, s'exprimer, être en bonne santé et être en mesure d'apprendre. Une mauvaise santé bucco-dentaire est associée à de mauvais résultats scolaires, à de mauvaises relations sociales et à une moindre réussite plus tard dans la vie. C'est pourquoi nous vous remercions de contribuer ainsi à la santé et au bien-être de votre enfant.

## À remplir par le parent ou le tuteur (en majuscules) :

Nom de l'étudiant :		Date de naissance (Mois/Jour/Année) :	
<i>Nom de famille</i>		<i>Prénom</i>	
<i>Deuxième prénom</i>			
Adresse : Rue		Code postal	
Ville			
École : Nom		Genre :	
Code postal		<input type="checkbox"/> Homme	
Niveau scolaire :		<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			

## To be completed by the dentist:

Date of Most Recent Examination: \_\_\_\_\_ (Check all services provided at this examination date)

- Dental Cleaning   
  Sealant   
  Fluoride treatment   
  Silver Diamine Fluoride   
  Restoration of teeth due to caries

### Oral Health Status (check all that apply)

- Dental Sealants Present on Permanent Molars  
 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 first molars.  
 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.  
 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 the appointment date or date of the most recent treatment.

- Restorative Care** — amalgams, composites, crowns, etc.      Appointment Date: \_\_\_\_\_  
 **Preventive Care** — sealants, fluoride treatment, prophylaxis      Appointment Date: \_\_\_\_\_  
 **Pediatric Dentist Referral Recommended**      Treatment Completion Date: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_ Office Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Dentist: \_\_\_\_\_ License #: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Illinois Department of Public Health, Oral Health Section  
217-785-4899 • TTY (hearing impaired use only) 800-547-0466 • www.dph.illinois.gov