

FORMULAIRE D'EXEMPTION À L'EXAMEN DENTAIRE

En lettres moulées :

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"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
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'Hawai/d'une île du Pacifique	<input type="checkbox"/> Multi-race	<input type="checkbox"/> Inconnu	
<input type="checkbox"/> Autre _____				

Je suis incapable d'obtenir l'examen dentaire requis car :

- Mon enfant est inscrit dans le programme de repas gratuit et à prix réduit, et il n'est pas couvert par une assurance dentaire publique ou privée (Medicaid/All Kids).
- Mon enfant est inscrit dans le programme de repas gratuit et à prix réduit, et il n'est pas admissible à une assurance publique (Medicaid/All Kids).
- Mon enfant est inscrit à Medicaid/All Kids, mais nous sommes incapables de trouver un dentiste ou une clinique dentaire dans notre communauté capable de voir mon enfant et acceptant Medicaid/All Kids.
- Mon enfant n'a aucun type d'assurance dentaire. Il n'y a pas de cliniques dentaires à bas coût dans notre communauté disposées à voir mon enfant.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Département de la santé publique de l'Illinois, Division de la santé buccale
217 785-4899 • TTY (utilisation par des malentendants uniquement) 800 547-0466 • www.dph.illinois.gov