



FORMULAIRE DE DISPENSE D'EXAMEN DENTAIRE

En caractères d'imprimerie

Nom de l'élève :	Nom	Prén om	Deuxième prénom	Date de naissance : (Mois/jour/année) / /
Adresse :	Rue	Code postal		
Nom de l'école :	Code postal		Niveau scolaire :	
Parent ou tuteur :	Nom	Prénom		
Sélectionnez parmi les catégories ethno-raciales générales ci-dessous celle qui marque clairement l'appartenance de l'élève à sa communauté ou celle à laquelle l'élève s'identifie le plus.				
<input type="checkbox"/> Blanc				
<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain				
<input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino				
<input type="checkbox"/> Asiatique				
<input type="checkbox"/> Amérindien ou autochtone de l'Alaska				
<input type="checkbox"/> Autochtone de Hawaï ou des îles du Pacifique				
<input type="checkbox"/> Deux catégories raciales ou plus				

Je ne suis pas en mesure de faire procéder à l'examen dentaire requis pour les raisons suivantes :

- Mon enfant est inscrit au programme de repas gratuits et réduits et n'est pas couvert par une assurance dentaire privée ou publique (Medicaid / All Kids).
- Mon enfant est inscrit au programme de repas gratuits et réduits et n'est pas admissible à l'assurance publique (Medicaid / All Kids).
- Mon enfant est inscrit à Medicaid / All Kids, mais il nous est impossible de trouver un dentiste ou une clinique dentaire dans notre commune qui soit en mesure d'examiner mon enfant et qui accepte Medicaid / All Kids.
- Mon enfant n'a pas d'assurance dentaire, et il n'y a pas de clinique dentaire à bas pris dans notre commune qui accepte de le recevoir en consultation.

Date de signature du parent ou

tuteur :_

Département de la santé publique de l'Illinois, Division de la santé buccodentaire
217-785-4899 • ATS (pour malentendants uniquement) 800-547-0466 •
www.dph.illinois.gov

