l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Hauts-de-Seine

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE
Liberté Égalité Fraternité

Autorisation parentale Votre accord pour un dépistage bucco-dentaire offert de votre enfant

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Nom et prénom de l'enfant :
.....
.....

Date de naissance de l'enfant :
__ __ / __ __ / __ __ __ __

Sexe de l'enfant :
☐ Féminin ☐ Masculin

Nom de l'établissement :
.....
.....

Ville de l'établissement :
.....

Classe :
.....

Nom de l'enseignant / du professeur principal :
.....

Merci de remettre ce document à l'enseignant de votre enfant sous enveloppe fermée

Parent 1 :

Nom et prénom :
.....

Numéro de sécurité sociale :
__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Régime d'affiliation : ☐ Régime général ☐ MSA ☐ Régime Spécial

Parent 2 :

Nom et prénom :
.....

Numéro de sécurité sociale :
__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Régime d'affiliation : ☐ Régime général ☐ MSA ☐ Régime Spécial

J'autorise mon enfant à bénéficier du dépistage bucco-dentaire offert réalisé à l'école :
☐ Oui ☐ Non

J'accepte d'être contacté(e) si besoin par l'Assurance Maladie au titre du dépistage bucco-dentaire de mon enfant à l'école :
☐ Oui ☐ Non

N° de téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresse mail :
.....

Adresse postale :
.....

Fait à ..... le ..... / ..... /20.....

Nom, prénom et signature du parent de l'enfant

.....