



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service dentaire scolaire SDS
Schulzahnpflegedienst SZPD

Secteur pédodontie
Abteilung Kinderzahnheilkunde

Boulevard de Pérolles 23, 1700 Fribourg

T +41 26 305 98 02
www.fr.ch/sds

Aux parents des élèves du cercle scolaire
de Villars-sur-Glâne

Contrôles dentaires scolaires annuels

La clinique dentaire mobile desservira l'établissement scolaire fréquenté par votre enfant.

Nous vous informons des points suivants :

- Le contrôle dentaire une fois par année est **obligatoire et payant** au tarif suivant :
1^{er} contrôle dentaire de l'élève (1^H) CHF 62.70 - Contrôle dentaire suivant CHF 47.00
- L'administration communale de votre domicile est à disposition concernant le subventionnement des contrôles et soins dentaires de votre enfant.

Si votre enfant est suivi·e par un·e **médecin-dentiste privé·e**, merci de remettre à l'enseignant·e une **attestation** valable une année.

- Les enfants qui ne présentent pas cette attestation au plus tard **le jour du contrôle**, passent obligatoirement le contrôle dentaire auprès de notre clinique dentaire mobile, selon la loi du 19 décembre 2014 sur la médecine dentaire scolaire LMDS, art. 13 ;
- Les **contrôles dentaires** sans radiographies sont effectués en **clinique dentaire mobile** pendant les heures de classe ;
- Les **soins éventuels** seront ensuite réalisés à la **clinique dentaire scolaire fixe**, où vous devez accompagner votre enfant ;
- Les enfants suivi·e·s par un·e orthodontiste ne sont pas dispensé·e·s du contrôle ;
- Une attestation de contrôle ou une estimation d'honoraires des soins (pour signature et retour en classe) sera remise à votre enfant par l'enseignant·e après le contrôle dentaire.

Avec nos meilleures salutations

Service dentaire scolaire SDS

Visionnez le film de présentation du SDS ici :



Clinique dentaire scolaire
Boulevard de Pérolles 23 | 1700 Fribourg
Dresses Erdogan et Hijazi
T+41 26 305 86 94
E-Mail: taysmara.winkelmann@fr.ch

Compléter le coupon-réponse au verso

A remplir et à rapporter en classe

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Classe | Enseignant·e : _____

Noms et prénoms des parents | représentants légaux :

Adresse exacte (rue et localité) : _____

N° téléphone de la mère : _____ N° de téléphone du père : _____

Mon enfant viendra à la clinique dentaire scolaire pour le contrôle : OUI NON

Merci de fournir une attestation du médecin dentiste à l'enseignant·e de votre enfant

Nom du médecin dentiste traitant : _____

Consentez-vous à ce qu'une approche hypnotique soit utilisée lors du contrôle de votre enfant ? OUI NON

Par ma signature, j'atteste avoir lu et approuvé le présent document

Date : _____ Signature : _____