



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 02/03, F +41 26 305 98 09
www.fr.ch/sds

Fribourg, le 24 août 2021

Aux parents, aux représentants légaux,

Contrôles dentaires scolaires annuels

Prochainement, 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** ;

Si l'enfant est suivi par un-e médecin dentiste privé-e, merci de remettre à l'enseignant-e de votre enfant une attestation valable une année, au plus tard **jusqu'au 24 septembre 2021**.

- Les enfants ne présentant pas, au plus tard **le jour du contrôle**, cette attestation passent obligatoirement le contrôle ;
- Les **contrôles dentaires** sont effectués en **clinique dentaire mobile** pendant les heures de classe ;
- Les **soins** seront réalisés à la **clinique dentaire scolaire fixe**, où vous devrez accompagner votre enfant ;
- Les enfants suivis par un ou une orthodontiste ne sont pas dispensés du contrôle ;
- Une attestation de contrôle ou une estimation d'honoraires des soins (pour signature et retour en classe) sera remise à l'enfant ;
- L'administration communale de votre domicile est à disposition concernant le subventionnement des frais dentaires de votre enfant.

Avec nos meilleures salutations

Service dentaire scolaire SDS

Clinique dentaire scolaire,
Bd de Pérolles 23, 1700 Fribourg
Dresse Gamze Erdogan
T+41 26 305 86 94
E-mail : martine.durwang@fr.ch



A remplir et à transmettre à l'enseignant-e de votre enfant au plus tard jusqu'au 24 septembre 2021

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Classe et enseignant-e : _____

Noms et prénoms des parents/représentants légaux : _____

Adresse exacte (rue et localité) : _____

N° téléphone privé : _____ N° de téléphone portable : _____

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 jusqu'au 24 septembre 2021

Nom du médecin dentiste traitant : _____

Date : _____ Signature : _____