**PREVENTION BUCCO DENTAIRE - DEPISTAGE EN MILIEU SCOLAIRE DES ENFANTS EN CP EN ZONES DEFAVORISEES année scolaire 2025-2026**

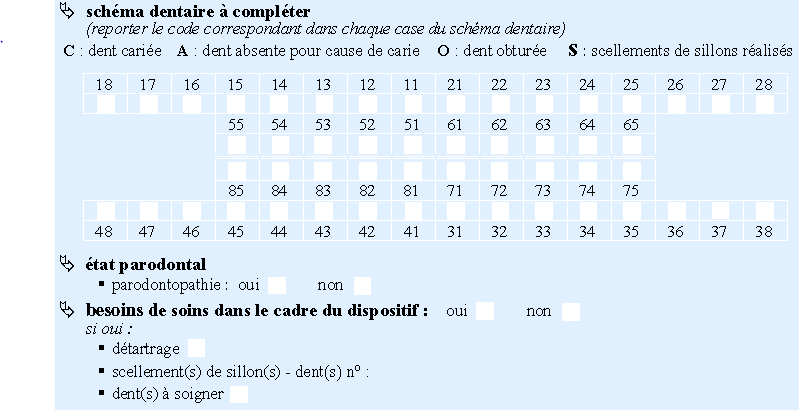
**RECUEIL DE DONNEES INDIVIDUELLES**

**(Toutes les rubriques doivent être remplies)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’enfant | Prénom de l’enfant | Date de naissance |
| NIR | Régime d’affiliation\* |  |

\* *Préciser* *Régime Général, Régime Agricole, Régime des Indépendants,AME,Autre*

Durée du Dépistage :  *en minutes*



Etat dentaire : satisfaisant **□**  à surveiller **□** à traiter **□**

Hygiène bucco-dentaire : satisfaisante **□** à améliorer **□** orthodontie **□**

*(Informations à reporter dans la lettre aux parents)*

Conditions d’examen

**□** Examen impossible, enfant non coopérant

**□** Examen difficile, enfant peu coopérant, fiabilité non optimale des données recueillies

**□** Examen facile, enfant coopérant

Ce document est à adresser sous pli confidentiel au service médical de la caisse dont dépend l’enfant.