**🢡 Evaluation des séances de dépistages**

**du programme d’accompagnement bucco-dentaire auprès des GSM**

**par classe et par établissement**

**NOM DE L’ETABLISSEMENT : Année scolaire :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CLASSES CONCERNEES** | | | | | | **TOTAUX** |
| nom | nom | nom | nom | nom |  |
| Nombre d’enfants inscrits dans la classe |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants pour lesquels les parents ont **accepté le dépistage** à l’école (autorisations parentales) |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants pour lesquels les parents ont **refusé le dépistage** à l’école (autorisations parentales) |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants pour lesquels les parents n’ont **pas répondu** (pas rendu l’autorisation parentale) |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants **absents parmi les enfants autorisés à être dépistés.** |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants dépistés par le Chirurgien-dentiste |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants ayant besoin de soins (**carie et scellement de sillons et détartrage)** |  |  |  |  |  |  |  |
| Date d’intervention |  |  |  |  |  |  |  |
| Nom du chirurgien- dentiste |  |  |  |  |  |  |  |
| Remarques éventuelles |  |  |  |  |  |  |  |