



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

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-une **médecin dentiste privé-e**, merci de remettre à l'enseignant-e une **attestation** valable 1 année, au plus tard **jusqu'au 20 Mars 2020**;

- Les enfants ne présentant pas cette attestation, au plus tard **le jour du contrôle**, 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-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, CO de la Gruyère  
Bâtiment "B", Rue de La Léchère 40, 1630 Bulle  
Dresse Aurélia Dorsemaine  
T+41 26 305 98 60  
E-mail : [joelle.kunzi@fr.ch](mailto:joelle.kunzi@fr.ch)



**A remplir et à rapporter en classe au plus tard jusqu'au vendredi 20 mars 2020**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Classe et enseignant-e : .....

Noms et prénoms des parents/représentants légaux :

.....

Adresse exacte (rue et localité) .....

No tél : ..... No de mobile .....

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

OUI

NON : merci de fournir une attestation du médecin dentiste traitant à l'enseignant-e.

nom du médecin dentiste traitant : .....

Date et signature : .....