

Date :

Service de garde :

## Message aux parents : Brossage des dents en service de garde

Chers parents,

Il est prouvé que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré permet de prévenir la carie dentaire. C'est pourquoi nous offrons une activité de brossage des dents à tous les enfants du service de garde.

Cette activité débutera le \_\_\_\_\_ et aura lieu une fois par jour, après le repas. Une brosse à dents ainsi qu'un dentifrice fluoré seront fournis à votre enfant<sup>1</sup>. Le nom de votre enfant sera écrit sur sa brosse à dents. Chaque brosse à dents sera rangée dans un endroit propre et sécuritaire.

Nous superviserons l'activité de brossage des dents pour qu'elle se déroule bien et que chaque enfant utilise sa propre brosse à dents. En effet, le partage de brosses à dents représente un risque de transmission d'infection. Si, par accident, votre enfant utilisait la brosse à dents d'un autre enfant, vous en seriez informés et nous vous donnerions des conseils sur la conduite à tenir.

Si vous **ne souhaitez pas** que votre enfant participe à l'activité de brossage des dents, vous devez remplir le formulaire au verso, le signer et nous le retourner avant le début de l'activité.

Si **vous acceptez** la participation de votre enfant, vous n'avez aucun document à nous retourner. Sachez qu'en tout temps, il est possible de retirer votre enfant de l'activité.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

### ***Votre nom et votre titre***

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

 votre numéro de tél., poste \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Des frais peuvent être prévus à l'entente de services et à son annexe entre le prestataire de services et le parent.

## Refus de participation

pour l'activité de brossage des dents en service de garde

Je **refuse** la participation de \_\_\_\_\_ à l'activité de brossage  
des dents. (Lettres moulées)

Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_  
(Lettres moulées)

**X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur (année-mois-jour)

Si vous avez rempli et signé ce formulaire de REFUS, veuillez le retourner au service de garde

avant le \_\_\_\_\_.

Date :	École :
Groupe :	Enseignant(e) :

## Message aux parents : Brossage des dents à l'école

Chers parents,

Il est prouvé que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré permet d'avoir une bonne hygiène de la bouche et de prévenir la carie dentaire. C'est pourquoi nous offrons à tous les élèves de la classe de votre enfant une activité de brossage des dents.

Cette activité débutera le \_\_\_\_\_. Elle aura lieu une fois par jour, après le repas.

 Si vous **ne souhaitez pas** que votre enfant participe à l'activité de brossage des dents, vous devez remplir le formulaire au verso, le signer et le retourner avant le début de l'activité.

 **Si vous acceptez** la participation de votre enfant, vous n'avez aucun document à retourner. Vous devrez lui fournir du matériel et écrire son nom sur ce matériel :

- une brosse à dents (à changer tous les trois mois);
- un étui à brosse à dents avec un capuchon troué;
- un dentifrice fluoré.

Ce matériel sera rangé dans le bureau, la case ou la boîte à lunch de votre enfant. En tout temps, vous pourrez retirer votre enfant de l'activité. L'activité de brossage des dents sera supervisée afin qu'elle se déroule bien et que chaque enfant utilise sa propre brosse à dents. En effet, le partage de brosses à dents représente un risque de transmission d'infection. Si, par accident, votre enfant utilisait la brosse à dents d'un autre enfant, vous en seriez informés et nous vous donnerions des conseils sur la conduite à tenir.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

### ***Votre nom et votre titre***

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

 Votre téléphone, poste \_\_\_\_\_

## Refus de participation

pour l'activité de brossage des dents à l'école

Je **refuse** la participation de \_\_\_\_\_ à l'activité de brossage  
des dents. (Lettres moulées)

Nom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_  
(Lettres moulées)

**X** \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur (année-mois-jour)

**Si vous avez rempli et signé ce formulaire de REFUS, veuillez le retourner à l'école**

**avant le** \_\_\_\_\_.