

CAROLINE CALDERONE BAISLEY
DIRECTOR OF HEALTH



MICHAEL LONG, Director
DIVISION OF ENVIRONMENTAL SERVICES
MARY RACHO, Laboratory
DEBORAH TRAVERS, Director
DIVISION OF FAMILY HEALTH
ROBIN CLARK-SMITH, Director
OFFICE OF SPECIAL CLINICAL SERVICES

DEPARTMENT OF HEALTH

幼稚園/新規参入歯科フォーム

親愛なる親:

今は、あなたの子供の歯科検診のための手配をする時間特に彼/彼女が秋に入学です。

に従ってセクション 10-206 コネチカットの一般的な法令の子供は学校に入る前に給歯科検診が必要です。この試験は、歯科医によって実行することを強くお勧めします。歯科健康の歴史は、あなたの子供の累積的な学校の健康記録の恒久的な一部です。

このフォームを完了するためのかかりつけの歯医者を持って行ってくださいとあなたの子供の学校の歯科衛生士に戻ります。

: 歯医者 TO THE DENTIST:

Name of Pupil _____

SCHOOL _____

児童/PUPIL Address _____ Grade _____

___ 治療は不要/NO TREATMENT NEEDED

___ が治療を受けて/IS UNDER TREATMENT

___ すべての現在のニーズを修正/ALL NEEDS AT PRESENT CORRECTED

日付の歯科医の署名/Signature of Dentist

Name and address of Dentist

Linda Conti, RDH BS,

Linda.conti@greenwichct.org

203-622-7858

Jeannie Schnakenberg, RDH, BS,

jschnakenberg@greenwichct.org

203-622-3779

Serving the Greenwich Community Since 1887

