



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  
www.fr.ch/sds

Aux parents des élèves du cercle scolaire  
de Villars-sur-Glâne

## Contrôles dentaires scolaires annuels

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** au tarif suivant :  
*1<sup>er</sup> contrôle dentaire de l'élève (1<sup>H</sup>) CHF 62.70 - Contrôle dentaire suivant CHF 47.00*
- L'administration communale de votre domicile est à disposition concernant le subventionnement des contrôles et soins dentaires de votre enfant.

Si votre enfant est suivi·e par un·e **médecin-dentiste privé·e**, merci de remettre à l'enseignant·e une **attestation** valable une année.

- Les enfants qui ne présentent pas cette attestation au plus tard **le jour du contrôle**, passent obligatoirement le contrôle dentaire auprès de notre clinique dentaire mobile, selon la loi du 19 décembre 2014 sur la médecine dentaire scolaire LMDS, art. 13 ;
- Les **contrôles dentaires** sans radiographies sont effectués en **clinique dentaire mobile** pendant les heures de classe ;
- Les **soins éventuels** seront ensuite réalisés à la **clinique dentaire scolaire fixe**, où vous devez accompagner votre enfant ;
- Les enfants suivi·e·s par un·e orthodontiste ne sont pas dispensé·e·s du contrôle ;
- Une attestation de contrôle ou une estimation d'honoraires des soins (pour signature et retour en classe) sera remise à votre enfant par l'enseignant·e après le contrôle dentaire.

Avec nos meilleures salutations

**Service dentaire scolaire SDS**

Visionnez le film de présentation du SDS ici :



**Service dentaire scolaire de Fribourg**  
Médecin-dentiste : Mme Hijazi Sali  
Boulevard de Pérolles 23 | 1700 Fribourg  
E-mail: [taysmara.winkelmann@fr.ch](mailto:taysmara.winkelmann@fr.ch)

*Compléter le coupon-réponse au verso →*

## A remplir et à rapporter en classe

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Classe | Enseignant·e : \_\_\_\_\_

Noms et prénoms des parents | représentants légaux :

\_\_\_\_\_

Adresse exacte (rue et localité) : \_\_\_\_\_

N° téléphone de la mère : \_\_\_\_\_ N° de téléphone du père : \_\_\_\_\_

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

OUI  NON : **Merci de fournir une attestation du médecin-dentiste à l'enseignant·e de votre enfant**

Nom du médecin-dentiste traitant : \_\_\_\_\_

Consentez-vous à ce qu'une approche hypnotique soit utilisée lors du contrôle de votre enfant ?  OUI  NON

**Par ma signature, j'atteste avoir lu et approuvé le présent document**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## ATTESTATION À FAIRE REMPLIR PAR LE·LA MÉDECIN-DENTISTE PRIVÉ·E

Nom du cabinet dentaire : \_\_\_\_\_

atteste que l'enfant \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

est suivi·e régulière dans son cabinet.

Date du dernier contrôle : \_\_\_\_\_

Timbre et signature du·de la médecin-dentiste :

Date et lieu : \_\_\_\_\_