



FORMULARZ ZWOLNIENIA Z BADANIA JAMY USTNEJ

Proszę wypełnić drukowanymi literami:

Imię i nazwisko ucznia:	Nazwisko	Imię	Drugie imię	Data urodzenia: (Miesiąc/Dzień/Rok) / /
Adres: Ulica	Miasto	Kod pocztowy		Telefon:
Nazwa szkoły:	Klasa:		Płeć: <input type="checkbox"/> chłopiec <input type="checkbox"/> dziewczyna	
Rodzic lub Opiekun:	Adres (rodzica/opiekuna)			

Nie jestem w stanie uzyskać wymaganego przeglądu jamy ustnej ponieważ:

- Moje dziecko zapisane jest do darmowego lub zniżkowego programu obiadów i nie jest objęte prywatnym ani publicznym ubezpieczeniem stomatologicznym (Medicaid/All Kids).
- Moje dziecko zapisane jest do darmowego lub zniżkowego programu obiadów i nie kwalifikuje się do publicznego ubezpieczenia (Medicaid/All Kids).
- Moje dziecko zapisane jest do Medicaid/All Kids, ale nie jestem w stanie znaleźć stomatologa ani kliniki stomatologicznej w naszej dzielnicy, gdzie chciano by przyjąć moje dziecko i akceptowano ubezpieczenie Medicaid/All Kids.
- Moje dziecko nie ma żadnego ubezpieczenia stomatologicznego, i nie ma żadnych klinik stomatologicznych o niskich kosztach w naszej dzielnicy, które chciałyby przyjąć moje dziecko.

Podpis _____

Data _____