

.....
pieczęć gabinetu szkolnego

Szanowni Państwo!

W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci w szkole prowadzone będą zabiegi, których celem jest przeciwdziałanie próchnicy zębów. Państwa dziecko, w ramach programu profilaktycznego, 6-krotnie w ciągu roku – w odstępach 6 tyg. – objęte będzie nadzorowanym szczotkowaniem uzębienia środkami fluorkowymi. Przy tej okazji dziecko będzie miało możliwość nauczenia się prawidłowego sposobu szczotkowania i wyrobienia właściwych nawyków higienicznych. Spodziewamy się, że ta prosta skuteczna i powszechna metoda zmniejszy zapadalność na chorobę próchniczną zębów.

Ze swojej strony zapewniamy rzetelną i fachową opiekę oraz nieodpłatne dostarczenie preparatów fluorkowych.

Uprzejmie prosimy o dopilnowanie aby w wyznaczone dni dzieci przyszły do szkoły z własną szczotką do zębów, najlepiej nową, zakupioną specjalnie do tego celu, podpisaną imieniem i nazwiskiem dziecka i odpowiednio opakowaną (pudełko, torebka foliowa). Pierwsze szczotkowanie odbędzie się w dniu Informacje o kolejnych terminach zabiegów przekaże Państwu wychowawca klasy.

Spodziewamy się, że nasze starania o zdrowie jamy ustnej uczniów zostaną przez Państwa poparte wyrażeniem poniżej zgody na uczestniczenie dziecka w programie profilaktycznym.

.....
pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki szkolnej

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatem fluorkowym.

.....
podpis rodzica / opiekuna