

CONTRAT DÉFI DENTS

 Souriez.be

Merci de remplir ce formulaire en MAJUSCULES

Nom du PMS/PSE :

Adresse :

Nom de l'infirmier(ère) :

E-mail de la personne de contact :

Date de l'animation : Durée du Défi :

Nom de l'école :

Adresse :

Niveau de la classe : Nombre d'élèves :

Avez-vous besoin du kit complet ?

☐ NON, le matériel à usage unique suffira

☐ NON, le matériel à usage unique + Bassine(s) / Cruche(s) / Sablier(s)

☐ OUI

Je soussigné(e)....., instituteur / institutrice, déclare par la présente
m'engager à relever le «Défi Dents» et à réaliser le brossage en classe durant minimum 30 jours.

Signature de l'instituteur / institutrice :

Signature de la direction :



Département Santé Dentaire - www.souriez.be

info@souriez.be - Avenue des Courses 20/16 - 1050 Bruxelles

Ce kit est uniquement réservé au personnel PMS/PSE/Médecins et infirmier(ère)s scolaires ayant suivi notre formation et participant à l'animation. Il ne peut en aucun cas être distribué à des tiers sans notre accord préalable.

