## **Bon pour trois**

## DÉPISTAGES GRATUITS

Nom de l'enfant:

Date de naissance:

|                        | Date du contrôle | Timbre du médecin-dentiste |  |
|------------------------|------------------|----------------------------|--|
| 3 <sub>ème</sub> année |                  |                            |  |
| 4ème année             |                  |                            |  |
| 5ème année             |                  |                            |  |